



Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Saúde de Portalegre



3º Mestrado de Enfermagem em Gestão de Unidades de Saúde

Unidade Curricular: Relatório/Estágio

Título Conferido: Mestre em Enfermagem

Orientador: Professor Doutor Adriano Pedro

CONTRIBUTOS DA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NO INCREMENTO DA AUTONOMIA DO UTENTE EM CUIDADOS INTENSIVOS

Célia de Jesus Castanho Pinheiro de
Alcântara Romão

Abril
2015

Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Saúde de Portalegre

3º Mestrado de Enfermagem em Gestão de Unidades de Saúde

Unidade Curricular: Relatório/Estágio

Título Conferido: Mestre em Enfermagem

Orientador: Professor Doutor Adriano Pedro

CONTRIBUTOS DA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NO INCREMENTO DA
AUTONOMIA DO UTENTE EM CUIDADOS INTENSIVOS

Célia de Jesus Castanho Pinheiro de
Alcântara Romão

Abril
2015

Ninguém caminha sem aprender a caminhar, sem aprender a fazer o caminho caminhando, refazendo e retocando o sonho pelo qual se pôs a caminhar.

Paulo Freire

RESUMO

Este relatório teve como objetivo a análise reflexiva das competências adquiridas e desenvolvidas durante a unidade curricular Relatório/Estágio, inserida no curso de Mestrado em Enfermagem em Gestão de Unidades de Saúde. O estágio foi realizado na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) Dr. Emílio Moreira do Hospital Doutor José Maria Grande, em Portalegre.

Um contexto economicamente recessivo implica uma alteração da gestão de unidades de saúde, que, no entanto, não diminua a qualidade dos cuidados prestados.

As intervenções de enfermagem de reabilitação realizadas tiveram como objetivo responder às necessidades dos doentes, incrementando a autonomia dos utentes da UCI, apresentando-se um estudo de caso de uma doente com problemas respiratórios.

Os ganhos em saúde, avaliados através do grau de funcionalidade, da mobilidade, da qualidade de vida, aumentam significativamente após as intervenções de enfermagem de reabilitação, conforme é demonstrado pela análise dos resultados do estudo de caso, que corroboram a importância das intervenções de enfermagem de reabilitação na redução do tempo de internamento dos utentes.

A presença de um enfermeiro especialista em reabilitação é uma mais-valia numa Unidade de Cuidados Intensivos, devido à vasta área a que consegue dar resposta, contribuindo significativamente para uma maior eficácia na gestão de Unidades de Saúde.

Palavras-chave: enfermagem; reabilitação; gestão de unidades de saúde.

ABSTRACT

The purpose of this report is the reflexive analysis of the skills acquired and developed during the clinical practice, inserted in Master course of Nursing in Health Services Management. The probation was conducted at the Intensive Care Unit (ICU) Dr. Emilio Moreira belonging to Hospital Dr. José Maria Grande, in Portalegre.

An economically recessive context implies a change in health units management, which, however, does not diminish the quality of care.

The rehabilitation nursing interventions, aimed to meet the needs of patients, increasing the autonomy of the ICU users, present a case study of a patient with respiratory problems.

Health gains, assessed by the degree of functionality, mobility, quality of life, increase significantly after the rehabilitation nursing interventions, as demonstrated analyzing the results of the case study, which confirm the importance of nursing rehabilitation interventions in reducing the hospital stay of users.

The presence of a rehabilitation specialist nurse is a benefit in an Intensive Care Unit due to the vast area that he can contribute to improve efficiency in Health Services Management.

Keywords: nursing; rehabilitation; health units management.

Abreviaturas e Símbolos

AVD – Atividades de Vida Diária
b/m – batimentos por minuto
cc – centímetros cúbicos
cl/m – ciclos por minuto
DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
FC – Frequência Cardíaca
FR - Frequência Respiratória
HDJMG – Hospital Doutor José Maria Grande
HTA – Hipertensão Arterial
ICC – Insuficiência Cardíaca Congestiva
IRA – Insuficiência Respiratória Aguda
IRC – Insuficiência Renal Crónica
l/m – litros por minuto
MI – Membros Inferiores
MIF – Medida de Independência Funcional
MS – Membros Superiores
pCO₂ – pressão parcial de dióxido de carbono
pO₂ – pressão parcial de oxigénio
RFR – Reeducação Funcional Respiratória
Rx – Raio x
Sat. O₂ – Saturação de oxigénio
SARA – Síndrome de Angústia Respiratória do Adulto
SNC – Sistema Nervoso Central
TA – Tensão Arterial
Temp. ax. – Temperatura axilar
UCI – Unidade de Cuidados Intensivos
UCIDEM – Unidade de Cuidados Intensivos Dr. Emílio Moreira
ULSNA – Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano
VA – Ventilação Alveolar
VNI – Ventilação Não Invasiva
V/Q - relação ventilação/perfusão

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	7
1 - A ENFERMAGEM E O ENFERMEIRO	10
2 - CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO	19
2.1 - CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS DR. EMÍLIO MOREIRA	20
2.1.1 - Estrutura Física do Serviço	20
2.1.2 - Recursos Materiais	21
2.1.3 - Recursos Humanos	22
2.2 - CARACTERIZAÇÃO GERAL DA POPULAÇÃO/UTENTES.....	23
3 - INTERVENÇÕES	24
3.1 - OBJETIVOS DAS INTERVENÇÕES	24
3.2 - FUNDAMENTAÇÃO DAS INTERVENÇÕES	24
3.2.1 - Reeducação Funcional Respiratória [RFR]	31
3.2.2 - Caracterização da Insuficiência Respiratória	33
3.2.3 - Caracterização do Derrame Pleural	34
3.3 - METODOLOGIA DAS INTERVENÇÕES	37
3.4. PLANO DE CUIDADOS	39
4 - ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS	51
5 - CONCLUSÃO	53
6 - BIBLIOGRAFIA.....	55
ANEXOS	
Anexo I - Pedido de Autorização para Realização do Relatório de Estágio.....	60

INTRODUÇÃO

No âmbito do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem em Gestão de Unidades de Saúde, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre, surge a necessidade da elaboração do presente Relatório, para o qual foi solicitada a respetiva autorização (Anexo I), de modo a dar conhecimento de todo o trabalho desenvolvido durante o estágio, realizado na Unidade de Cuidados Intensivos Dr. Emílio Moreira [UCIDEM] do Hospital Doutor José Maria Grande [HDJMG], em Portalegre, que integra a Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, E.P.E. [ULSNA], que decorreu no período compreendido entre Setembro de 2013 a Janeiro de 2014.

O presente documento pretende relatar o trabalho desenvolvido de forma organizada e sistemática na unidade curricular de Estágio/Relatório, de acordo com o planeamento do curso.

O atual panorama da saúde, reflexo do contexto da sociedade portuguesa em que a contenção de custos assume uma tendência cada vez maior, tem implicado uma alteração das políticas de saúde sem, contudo, pôr em causa estratégias que melhorem a eficiência e otimizem a gestão de recursos, bem como a promoção e gestão contínua da qualidade dos cuidados prestados.

Os enfermeiros assumem responsabilidade crescente em relação às decisões, no que concerne à mobilização de fundos e investimentos para a crescente investigação na profissão tendo em vista a obtenção de ganhos em saúde. Os cuidados de enfermagem são decisivos para a redução do tempo de internamento dos utentes, prevendo assim a eficiência e eficácia na gestão dos serviços de saúde.

Lewis (2003), citado por Sequeira (2009), sobre a reabilitação em Unidades de Cuidados Intensivos afirma que os cuidados prestados ao doente crítico têm evoluído para uma abordagem mais holística, em conjunto com o desenvolvimento de programas de reabilitação, que permitem manter a reabilitação desde a Unidade de Cuidados Intensivos [UCI] até à alta hospitalar ou até à fase de ambulatório, que parece salientar a importância do papel da reabilitação nas UCI, o que se tem refletido ou deve refletir no contínuo envolvimento dos enfermeiros de Reabilitação nestas unidades.

O enfermeiro de reabilitação deve ser capaz de atuar em todas as fases de doença, devendo avaliar, planejar, intervir, reavaliar e refletir sobre a sua atuação.

Segundo o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (1996), os enfermeiros contribuem, “no exercício da sua atividade na área de gestão, investigação, docência, formação e assessoria, para a melhoria e evolução da prestação dos cuidados”.

Com a realização do estágio pretendeu-se atingir os seguintes objetivos:

Objetivo geral:

- Desenvolver competências específicas em Enfermagem na área da Gestão de Unidades de Saúde.

Objetivos específicos:

- Utilizar os conhecimentos teóricos atualizados e desenvolvimentos teóricos, em conjugação com uma análise da sua relevância, para o exercício profissional;
- Definir formas de atuação, baseadas em pressupostos previamente validados, e de as fundamentar teórica e metodologicamente;
- Analisar criticamente os resultados obtidos decorrentes das intervenções;
- Refletir sobre os problemas de natureza ética e normativa e as responsabilidades sociais inerentes à aplicação do conhecimento e à profissão.

Com base nos objetivos formulados e após a aquisição de competências no curso de Mestrado em Enfermagem de Gestão de Unidades de Saúde, surgiu a ideia do presente estágio na UCIDEM, partindo do pressuposto que a enfermagem de reabilitação contribui efetivamente para uma melhor gestão da UCI, visto que, em princípio, permite diminuir o tempo de internamento e promove uma melhoria da qualidade de vida do doente.

Durante o estágio que decorreu em contexto real de trabalho, acompanhou e estudou concretamente um caso relacionado com a área respiratória indo de encontro às suas expectativas, visto que as patologias respiratórias sempre foram um interesse pessoal e profissional, tendo em conta que trabalho, desde há vários anos, como enfermeira em serviços onde estas patologias são frequentes.

Com o intuito de melhorar a organização do estágio, este foi estruturado de acordo com um projeto inicial que apresentava os objetivos, a fundamentação teórica relacionada com a profissão de enfermagem, a problemática das doenças respiratórias e a caracterização do doente crítico, a contextualização e as atividades realizadas de forma a maximizar experiências e desenvolver competências profissionais.

Durante todo o período de estágio e em particular na elaboração do relatório final procurou fazer uma análise crítica do trabalho desenvolvido.

Este relatório foi organizado de acordo com os princípios definidos para a unidade curricular Relatório/Estágio. Apresenta-se em primeiro lugar uma fundamentação teórica, baseada na revisão bibliográfica, sobre a enfermagem, o papel do enfermeiro de cuidados gerais e o papel do enfermeiro de reabilitação. No capítulo seguinte caracteriza-se o contexto de realização do estágio. No corpo principal do relatório, relativo às intervenções de enfermagem, apresentam-se os objetivos das intervenções, que são teoricamente fundamentadas, e a metodologia das mesmas. Salienta-se a exposição de um plano de cuidados, relativo a um dos doentes sujeito a intervenções de enfermagem de reabilitação durante o período de estágio. Na parte final faz-se uma análise reflexiva sobre as competências mobilizadas e adquiridas, avaliando-se criticamente o grau de consecução dos objetivos propostos.

O presente relatório foi elaborado segundo as normas em vigor na Escola Superior de Saúde de Portalegre.

1 - A ENFERMAGEM E O ENFERMEIRO

O termo enfermagem aplica-se a diversos conceitos relacionados com a saúde, não existindo apenas uma definição de enfermagem. O conceito, como todos, tem uma dinâmica histórica e uma aplicação sociocultural, tendo sido alvo de várias tentativas de definição, com o objetivo de articular, de forma clara, os papéis e funções do profissional de enfermagem. Apesar da evolução da definição de Enfermagem, é impossível existir uma só definição aplicável a todos os contextos.

Numa perspetiva histórica pode-se mencionar a definição formulada por Henderson (2007), que refere que a função da enfermagem incide na ajuda do indivíduo, saudável ou doente, na execução das atividades que contribuem para conservar a sua saúde ou a sua recuperação, de tal forma, devendo desempenhar esta função no sentido de tornar o indivíduo o mais independente possível, ou seja, a alcançar a sua anterior independência, salientando-se o aspeto relacional entre o enfermeiro e o doente, e a importância da autopromoção da saúde. Apesar da idade desta definição, que foi proposta em 1966, a mesma não se encontra completamente dissociada da imagem que o enfermeiro tem na sociedade atual.

Outros autores como Yura, *et al.* (1976) salientam o aspeto relacional da enfermagem, indicando que,

"enfermagem é, no essencial, o encontro do enfermeiro com um doente e sua família, durante o qual o enfermeiro observa, ajuda, comunica, entende e ensina; além disso, contribui para a conservação de um estado ótimo de saúde e proporciona cuidados durante a doença até que o doente seja capaz de assumir a responsabilidade inerente à plena satisfação das suas necessidades básicas; por outro lado, quando é necessário, proporciona ao doente em estado terminal ajuda compreensiva e bondosa".

Segundo Brunner (1998), Boore (1981) destaca o papel da enfermagem desde a conceção até à morte, referindo que esta disciplina encontra aplicação em qualquer estado e fase da vida, visto que procura o completo bem-estar físico, psíquico e social, tendo como objetivo a promoção, conservação e restabelecimento da saúde.

Salienta-se ainda que além do conhecimento de uma série de técnicas e habilidades, ser enfermeiro implica, desenvolver competências relacionais que permitam uma comunicação empática que contribua para estabelecer pontes entre o enfermeiro e o doente, que resultem não só em benefício para a pessoa doente, mas também para o próprio enfermeiro.

Os novos horizontes de enfermagem exigem que esta seja capaz de responder humanamente às necessidades da população, em geral, ao longo de todo o ciclo vital, uma vez que o cuidado de enfermagem tem como centro o relacionamento com o outro.

No decorrer do ciclo vital existe um conjunto de situações relacionadas com a saúde que afetam todas as esferas da vida e que necessitam da intervenção do enfermeiro. A enfermagem, ao estar presente em vários atos da vida do ser humano, é considerada uma profissão essencial e indispensável. Assim, o enfermeiro assume elevada projeção e importância, não só porque permanece longo tempo ao lado da pessoa, família e comunidade, mas também pelo destaque que tem como agente de mudança e facilitador no processo de cuidar. Desta forma, favorece e mantém a condição humana no processo de viver e morrer.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (1998),

“Enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível”,

sendo o enfermeiro o profissional habilitado para o exercício da profissão, visto que possui competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade.

A Ordem dos Enfermeiros (1998) descreve os cuidados de enfermagem como intervenções a realizar pelo enfermeiro no âmbito das suas qualificações profissionais, que se caracterizam por:

- Terem por fundamento uma interação entre enfermeiro e utente, indivíduo, família, grupos e comunidade;
- Estabelecerem uma relação de ajuda com o utente;
- Utilizarem metodologia científica;
- Englobarem, de acordo com o grau de dependência do utente, as seguintes formas de atuação:
 - Fazer por substituir a competência funcional em que o utente esteja totalmente incapacitado;
 - Ajudar a completar a competência funcional em que o utente esteja parcialmente incapacitado;
 - Orientar e supervisionar, transmitindo informação ao utente que vise mudança de comportamento para a aquisição de estilos de vida saudáveis ou recuperação da saúde, acompanhar este processo e introduzir as correções necessárias;

- Encaminhar, orientando para os recursos adequados, em função dos problemas existentes, ou promover a intervenção de outros técnicos de saúde, quando os problemas identificados não possam ser resolvidos só pelo enfermeiro;
- Avaliar, verificando os resultados das intervenções de enfermagem através da observação, resposta do utente, familiares ou outros e dos registos efetuados.

Os cuidados de enfermagem integram uma ação técnica no sentido de fazer mas também no sentido relacional através da expressão de atitudes. De acordo com Mendes (2006), os cuidados centram-se nas relações interpessoais, pelo que o relacionamento humano é a componente mais caracterizadora de qualquer quadro de cuidados de enfermagem.

Sendo a enfermagem uma profissão indispensável à sociedade, que presta cuidados dirigidos à pessoa, família e comunidade, tanto na saúde como na doença, pode-se assim partilhar da opinião de Benner, quando esta afirma que “a enfermagem é socialmente construída e coletivamente concretizada” (Benner, 2001:18).

De acordo com Hesbeen (2000) o ‘cuidar’ é uma arte que implica a mobilização de conhecimentos gerais (adquiridos através da observação e experimentação) na prestação de cuidados a uma só pessoa. Parafraseando Wolf *et al.* citado por Fernandes (2007) salienta que o cuidar faz parte da enfermagem como identidade profissional e inerentemente terapêutica, sendo que tem como intenção a melhoria das componentes físicas e emocionais pela promoção de sentimentos de segurança e tranquilidade no doente.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros Portugueses (2002), o enfermeiro distingue-se pela formação e experiência, que lhe permitem compreender e respeitar os outros.

Para os enfermeiros é o ser humano em toda a sua força e vulnerabilidade que constitui o objeto da sua competência (Silva, 2007).

Segundo Roach, citado por Paiva (2006: 115), “a enfermagem é a profissionalização do cuidar”. O termo “Cuidar” resume o campo de intervenção próprio da enfermagem, focalizando a ação do enfermeiro na relação interpessoal com uma pessoa ou grupo de pessoas, tendo em conta os seus processos de transição (Pereira, 2006).

No entanto, o cuidar acaba por ser um processo, que o enfermeiro partilha com os outros profissionais de saúde, mas reveste-se para este com contornos específicos, tal como nos diz Ribeiro, citado por Abreu (2001). “Como ninguém, as enfermeiras trabalham com os utentes na sua totalidade, estão autorizadas a tocar-lhes, a partilhar as suas experiências de saúde e doença e a manter com eles um contacto cuja intensidade e duração dificilmente são experienciadas por outros técnicos... a quantidade e qualidade do tempo despendido são aspetos importantes” (Abreu, 2001: 131). Assim, pode-se

seguramente afirmar que a enfermagem se sustenta nos cuidados desenvolvidos aos outros.

De acordo com (Collière, 2003) ser cuidado, cuidar-se e cuidar são conceitos que se sucedem, sem que se justaponham, mas sobrepondo-se, assumindo várias amplitudes consoante as fases da vida, considerando sempre os variados contextos sociais, económicos e culturais.

De acordo com o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de Abril, “os enfermeiros constituem, atualmente, uma comunidade profissional e científica da maior relevância no funcionamento do sistema de saúde e no acesso da população aos cuidados de saúde de qualidade, em especial cuidados de enfermagem”, competindo ao enfermeiro “Exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem”. (Artigo 76º do Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de Abril).

A chave dos cuidados de enfermagem encontra-se centrada na evolução histórica da profissão, na sua especificidade e identidade profissional, bem como nas expectativas da população.

Nos últimos tempos, por motivo da importância da enfermagem como responsável pelo bem-estar, físico, psicológico e social do cidadão, a mesma tem procurado “afirmar-se como ciência, demonstrando que possui um conteúdo funcional rico e útil que, por si só, a torna identificável e reconhecida na sociedade” (Fernandes, 2007: 29).

Os enfermeiros são unânimes quando afirmam que o seu trabalho não se limita a ser meramente auxiliar do médico, que é muito “mais do que isso”. Para Adam (1994) é então esse “mais do que isso” que é necessário explicitar. Para a autora, os obstáculos desta clarificação residem essencialmente na dificuldade dos enfermeiros conseguirem exprimir, através de um discurso coerente, qual a imagem mental da profissão e das suas práticas. Esse discurso não sendo suficientemente claro e nítido conduz muitas vezes à ambiguidade. No caso da imagem dos enfermeiros, a mesma pode ser abordada segundo vários ângulos de visão, mas mais do que a opinião pública, a opinião dos próprios profissionais pode ser influenciada pela mensagem subjacente às imagens publicadas. Cabe ao enfermeiro desenvolver estratégias de comunicação que permitam transmitir uma imagem adequada às necessidades dos utentes e, consequentemente, uma imagem dignificante e clara da profissão.

O enfermeiro desempenha um papel fundamental na promoção e alteração de comportamentos, quer em meio interno (profissionais), quer a nível externo (populações), podendo ser um veículo de transformação de mentalidades, efetivando mudanças e

inovações na saúde. Não se pode contudo esquecer o atual estado de saúde da população, a sua evolução e as suas necessidades, com o intuito de desenvolver uma intervenção cada vez mais eficaz e eficiente. Porém, a imagem tida pela população acerca da profissão de enfermagem ainda não está devidamente esclarecida, visto a sua própria construção estar submetida à influência de vários fatores, quer internos (próprios de cada indivíduo), quer externos (característicos de cada população ou cultura).

As representações sociais suportam-se na ciência, na cultura, nas ideologias e na vivência em sociedade. Há a consciência global de que a representação social do enfermeiro é diferente em relação ao passado, no entanto com todas as etapas percorridas, ao longo da história, ainda não foi erradicada por completo a visão biomédica.

Mas a imagem dos enfermeiros, aparentemente centrada na prestação de cuidados, deve igualmente refletir todo o restante desempenho profissional. Para além de cuidar em contato direto com o utente e para que esse cuidado possa ter toda a qualidade, eficácia e eficiência que se pretende, o enfermeiro é também responsável pela gestão dos serviços, gestão de recursos humanos, dos recursos físicos e materiais, pela formação em serviço, pelo ensino aos utentes e familiares, pelo ensino das ciências de enfermagem englobado no ensino superior, por cargos de gestão intermédia e de topo nas instituições e, ainda, pela investigação na área de enfermagem.

A Ordem dos Enfermeiros (2011) define o perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais baseando-se no exercício profissional da Enfermagem.

O documento refere o papel central da relação interpessoal entre o enfermeiro e a pessoa, ou entre o enfermeiro e um grupo social, família ou comunidade, devendo o enfermeiro assumir um relacionamento que tenha em consideração os múltiplos quadros de valores, crença, desejos resultantes da construção individual e social do indivíduo ou do grupo.

As intervenções de Enfermagem têm como base a correta identificação da problemática do cliente que fundamenta a tomada de decisões em Enfermagem, de forma a evitar riscos, detetar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados, recorrendo aos seus conhecimentos teóricos e práticos, sempre dentro do quadro de valores que caracteriza o exercício profissional da enfermagem, que se insere princípios humanistas, de respeito pela liberdade e dignidade humanas e pelos valores das pessoas e grupos.

No desempenho das suas funções os enfermeiros respeitam os deveres preconizados no Código Deontológico e a Regulamentação do Exercício da Profissão, que traduzem a prática da Enfermagem. O regulamento mantém a estrutura de documentos anteriores na sistematização dos conceitos de «Domínio de Competência», de «Norma ou descritivo de competência» e «Critérios de Competência» simplificando o processo de acompanhamento,

desenvolvimento e validação das competências. Para cada competência do Regulamento está sistematizado o respetivo descritivo e os critérios de competência.

Para certificação das competências o enfermeiro tem de deter um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que utiliza em contexto de prática clínica que lhe permitem aferir as necessidades de saúde do grupo-alvo e atuar em todos os níveis de prevenção.

O «Domínio de competência» do enfermeiro de cuidados gerais é entendido como a esfera de ação que engloba um conjunto de competências que apresentam diversos pontos de união. Os domínios de competências encontram-se divididos em: responsabilidade profissional, ética e legal; prestação e gestão dos cuidados; desenvolvimento profissional.

A «Norma ou descritivo de competência», decompõe a competência em segmentos menores, especificando os conhecimentos, as habilidades e operações aplicadas em diferentes situações de trabalho.

Os «Critérios de competência» são descritos como evidências do desempenho profissional idóneo, para cada competência.

O Regulamento (Ordem dos Enfermeiros, 2011) apresenta as seguintes competências do enfermeiro de cuidados gerais:

- Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal
 - Desenvolve uma prática profissional com responsabilidade;
 - Exerce a sua prática profissional de acordo com os quadros ético, deontológico e jurídico.
- Domínio da Prestação e Gestão de Cuidados
 - Atua de acordo com os fundamentos da prestação e gestão de cuidados;
 - Contribui para a promoção da saúde;
 - Utiliza o Processo de Enfermagem;
 - Estabelece comunicação e relações interpessoais eficazes;
 - Promove um ambiente seguro;
 - Promove cuidados de saúde interprofissionais;
 - Delega e supervisiona tarefas.
- Domínio do Desenvolvimento Profissional
 - Contribui para a valorização profissional;
 - Contribui para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de Enfermagem;
 - Desenvolve processos de formação contínua.

De acordo com o preconizado no domínio anterior, relativo ao desenvolvimento profissional, a Enfermagem é uma profissão em constante mudança acompanhando a evolução científica e tecnológica, que necessita de um investimento contínuo por parte dos

profissionais no desenvolvimento de competências gerais e específicas, que se pode traduzir na especialização numa das diferentes áreas da Enfermagem.

De acordo com o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista da Ordem dos Enfermeiros (2010), “Especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção”.

O Enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação tem competências científicas, técnicas, humanas e culturais, para atuar na prevenção de incapacidades e na reabilitação da pessoa, envolvendo a pessoa, visando assim a melhoria da qualidade de vida. As suas competências estão regulamentadas, face à atual carreira de Enfermagem, no Regulamento nº125/2011, publicado no Diário da República nº 35, 2ª série de 18 de Fevereiro de 2011, que define o perfil das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, indicando as seguintes competências:

- Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados;
- Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania;
- Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

Para adquirir as competências definidas, é necessário que o enfermeiro especialista de reabilitação se responsabilize pelas suas ações procurando apropriar-se das suas competências e intervir de acordo com o que é esperado. Sendo a reabilitação, uma “especialidade multidisciplinar, compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que permite ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência” (Ordem dos Enfermeiros, 2011), implica a articulação de competências com evidência a nível técnico, científico e relacional.

O enfermeiro especialista em reabilitação tem como função implementar e monitorizar planos de reabilitação diferenciados, promovendo o diagnóstico precoce e ações preventivas de enfermagem de reabilitação. Tem por objetivo assegurar a manutenção das capacidades funcionais dos utentes, prevenir complicações e evitar incapacidades, assim como proporcionar intervenções terapêuticas que visam melhorar as funções residuais, manter e recuperar a independência nas atividades de vida, utilizando técnicas específicas de reabilitação (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Para Hesbeen (2001), a reabilitação implica a prevenção de lesões, limitações funcionais e deficiências dando ênfase à promoção de saúde e qualidade de vida nas populações de todas as idades.

A reabilitação, de uma forma geral, implica a existência de um processo específico para cada pessoa, onde cada um aprende a lidar com o seu processo de reabilitação e ao mesmo tempo a ser interventivo, delineando e modificando o seu projeto de saúde (Hesbeen, 2001).

O enfermeiro de reabilitação, tem como missão promover intervenções preventivas, não só para assegurar as capacidades funcionais dos utentes, bem como, evitar mais incapacidades, prevenir complicações e defender o seu direito à qualidade de vida, à socialização e à dignidade.

O processo de construção de competências profissionais envolve uma componente de formação. Fabião (2005) refere que “Uma profissão complexa como a enfermagem pressupõe uma formação que permita ao profissional desenvolver um conjunto de competências científicas e técnicas sendo essencial reconhecer simultaneamente a importância das dimensões existenciais, relacionais e afetivas.”. No entanto, a formação por si só, não é sinónimo da melhoria do desempenho e concretização profissionais, tendo de estar associada a outras componentes, dos quais se destacam, a experiência profissional, a atitude reflexiva sobre as práticas, as diferentes situações e problemáticas com que o enfermeiro convive diariamente.

A melhoria do desempenho, que contribui para o incremento da qualidade da prestação de cuidados, implica a ação proactiva do enfermeiro. Segundo Madureira (2007),

“A aquisição de competências em enfermagem envolve a articulação de vários processos, entre eles a formação inicial e contínua de competências, através da conjugação dos saberes formais, do saber-fazer e da experiência, do processo de construção e evolução do enfermeiro e por fim do reconhecimento das competências pelos pares e pela comunidade em geral.”.

Convém salientar que a essência da profissão de Enfermagem “... encontra a sua razão de ser na pessoa que cuida e não nas tarefas e rotinas.” (Silveira, 2004). Com efeito, “O foco no cliente mantém a atenção nas expectativas e necessidades daqueles que são a alma do funcionamento dos serviços, encarando-os como seu fim último.” (Fabião, 2005).

Ao lidarmos com pessoas, é fundamental a presença da componente ética em todos os processos, o que subentende a reflexão crítica sobre o exercício profissional, o questionamento permanente das práticas, de acordo com princípios e valores, trocando ideias e experiências. Segundo Madureira (2007) a ética é transversal a toda a enfermagem, havendo necessidade de se desenvolver um pensamento ético fundamentado, resultante de reflexão rápidas em períodos curtos de tempo, e de análises mais longas, requerendo um espírito crítico e reflexivo da prática do cuidar. De acordo com Fabião (2005) para integrar

às rápidas mudanças é necessário refletir sobre as funções e competências profissionais, sobre as suas implicações pessoais, sociais, morais e éticas e ainda, sobre a natureza dos processos e tipos de conhecimento que as subentendem e que pressupõe o seu desenvolvimento. Deste modo, as competências profissionais de enfermagem não se restringem a extensões técnicas e científicas, incluindo diferentes áreas e dimensões, como as de natureza legal e ético-deontológica.

A aquisição das competências, requeridas como enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação, decorre das interações resultantes das atividades desenvolvidas no percurso de aprendizagem, mas sempre envolvendo uma componente reflexiva. “A experiência necessita de ser refletida, discutida e conceptualizada.” Hesbeen (2001). A experiência por si só não gera conhecimento, é fundamental a capacidade de análise crítica a fim de desenvolver uma prática responsável e refletida de forma a promover a continuidade da aprendizagem. Uma participação ativa no processo de ensino-aprendizagem leva a um enriquecimento pessoal e à aquisição de competências enquanto enfermeira especialista. Apenas a reflexão poderá contribuir para alterar práticas menos corretas ou definir estratégias de atuação adequadas aos problemas que se colocam do dia-a-dia do enfermeiro.

Todas as funções desempenhadas devem estar refletidas na construção do conceito da enfermagem, uma vez que são elas que em conjunto permitem a evolução da profissão e a excelência dos cuidados. O *status* profissional constrói-se a partir das atitudes individuais que formam o coletivo e que, por sua vez, se refletem a um nível social mais alargado (Gomes & Mendes, 2008).

A imagem da enfermagem centra-se no que é visível da profissão, a atuação dos enfermeiros, tendo em conta a forma como se desenvolvem os cuidados, o relacionamento com os utentes, as técnicas e o relacionamento com outros grupos profissionais (Diniz, 2007). A construção da imagem do enfermeiro provém da sua atuação e da sua interação com a sociedade, devendo o seu papel ser coerente com a imagem transmitida.

Na enfermagem urge a necessidade de conseguir alterar a representação social para valorização da mesma. Para além da iliteracia em saúde, que a maioria da população apresenta, verifica-se ainda a existência de muitos preconceitos sobre uma profissão cuja representação se encontra associada a muitos estereótipos incorretos, havendo pois, a necessidade de esclarecer e promover uma imagem clara da profissão, contribuindo para uma crescente literacia em saúde.

Presentemente, as estratégias de comunicação são um forte instrumento, numa sociedade em constante mudança, em que a informação é divulgada cada vez com maior rapidez e eficácia, cabendo aos enfermeiros não apenas a autoridade mas também a responsabilidade de promover a saúde.

2 - CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO

As Unidades de Cuidados Intensivos são caracterizadas essencialmente pela vigilância intensiva a que os doentes são submetidos, sob o pressuposto de que essa vigilância permite detetar mais precocemente desvios do normal dos parâmetros vitais do doente, antes que eles se tornem aparentes à simples observação clínica e que se corrigidos de imediato, previnem uma espiral de agravamento, muitas vezes irreversível. Nestas unidades encontra-se uma grande concentração de meios tecnológicos e terapêuticos, operados por equipas multidisciplinares treinadas para responder eficazmente ao doente crítico.

No entanto, não podemos deixar-nos levar pelo pensamento comum. Os cuidados intensivos não podem ser caracterizados apenas pela aplicação de tecnologia altamente sofisticada, pois utilizada isoladamente esta torna-se inadequada. A verdadeira natureza da Enfermagem nos cuidados intensivos é amplamente discutida, sendo composta por muitos aspetos que vão desde competência técnica e experiência, ao conforto, manifestação de cuidado, contato humano e comunicação (Dennerley, 1991).

Para Thelan, et al (1993), os cuidados intensivos são cuidados críticos de Enfermagem, a doentes altamente instáveis, em alto risco e cujas condições de saúde não variam dia a dia, mas minuto a minuto. São encaminhados para estes serviços doentes em estado crítico que necessitam de cuidados específicos de Enfermagem e observação frequente. Além da pessoa em estado grave, que apresenta um comprometimento importante das suas funções vitais, é também admitido na unidade aquele cujo estado apresenta alto risco ou seja, aquele que se apresenta equilibrado no momento, mas que pode apresentar subitamente alterações graves das suas funções vitais (Gomes, 1988).

A maioria dos utentes internados em Unidades de Cuidados Intensivos, são totalmente dependentes na satisfação da maioria das suas necessidades e apresentam, devido à sua situação clínica e “imposições” terapêuticas, risco de desenvolver complicações graves aos mais variados níveis. As medidas invasivas, entre outras, potenciam os riscos associados à imobilidade, à diminuição da atividade intelectual, social e emocional. A restrição parcial ou total da mobilidade prescrita ou inevitável é uma constante nestas unidades e pode ter consequências mais incapacitantes do que a própria doença.

Para Sequeira, M. (2009) a taxa de sobrevivência dos doentes admitidos em Unidades de Cuidados Intensivos tem vindo a aumentar, mas muitos doentes desenvolvem sintomatologia, como diminuição de força muscular generalizada e alterações do equilíbrio,

a seguir a um período de doença crítica, que não se deve apenas ao período de imobilização, mas a alterações miopáticas provocadas também pela malnutrição, estados sépticos e agentes farmacológicos.

Os enfermeiros devem estar preparados para um conjunto de conhecimentos que abrangem as mais diversas áreas de tratamento, intervenção em situações emergentes, e também na prevenção de complicações. As primeiras horas são de extrema importância pois delas depende a vida ou a morte da pessoa no imediato, no entanto, se a prevenção for descurada a qualidade de vida futura, a saúde e o bem-estar da pessoa poderão estar grandemente comprometidos.

Por tudo o que foi referido depreende-se, indubitavelmente, o papel fulcral e imprescindível da enfermagem de reabilitação nas Unidades de Cuidados Intensivos, tanto pela importância da intervenção perante as complicações inerentes ao estado de saúde mais imediatos como na prevenção de complicações ou sequelas futuras.

Tal como Thelan, et al. (1993) afirmam, o doente em estado crítico caracteriza-se pela presença de problemas de vida ou de morte reais ou potenciais e pela necessidade de intervenção contínua para evitar complicações e melhorar a saúde. Parente (2009) citado por Laranjeira (2010), refere que a Reabilitação, como é entendida atualmente, abrange a prevenção, apresenta cada vez maior protagonismo, e pretende-se que tenha início o mais precocemente possível.

2.1 - CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS DR. EMÍLIO MOREIRA

A UCI foi fundada em 1977 pelo Doutor Emílio Moreira e ocupa desde então um lugar de destaque na prestação de cuidados à população do distrito de Portalegre. Inicialmente dedicada a doentes cardíacos, assumiu ao longo do tempo as características de uma Unidade de Cuidados Intensivos polivalente, ganhando definitivamente esse estatuto em 1993, altura em que recebeu o nome do seu fundador, passando a ser designada UCIDEM.

2.1.1 - Estrutura Física do Serviço

A UCIDEM localiza-se no 2º piso do Hospital Dr. José Maria Grande, junto ao Serviço de Observação do Banco de Urgência. É constituída por duas salas denominadas Unidade de Cuidados Intensivos e Unidade de Cuidados Intermédios.

A UCI tem a lotação de 5 camas apresentando-se uma delas num quarto de isolamento. A Unidade de Cuidados Intermédios tem também lotação para 5 camas que foram abrindo gradualmente ao longo dos últimos anos. Em 2007 estavam a ser utilizadas apenas 2 camas, em Janeiro de 2008 abriram mais 2 camas e em Julho de 2009 abriu a última cama, sendo esta destinada a doentes com necessidade de fazer hemodiálise, provenientes de outros serviços do Hospital.

Como dependências funcionais o serviço apresenta:

- Uma sala de trabalho, onde se realiza a passagem de turno da equipa de Enfermagem, com bancadas, algum stock de farmácia, frigorífico de medicação e dois gasómetros;
- Uma sala, onde se encontra a roupa limpa e material de consumo clínico em stock;
- Um gabinete de pessoal médico;
- Um gabinete de Enfermagem;
- Dois postos com bancada, um por sala, que permitem a observação dos doentes pelo pessoal de Enfermagem e onde se efetuam os registos de enfermagem;
- Um posto à entrada do serviço, onde se realizam as tarefas administrativas;
- Dois vestiários, feminino e masculino, com as respetivas casas de banho, que servem todo o pessoal adstrito à unidade;
- Uma sala de despejos;
- Uma copa;
- Uma zona junto à entrada para familiares dos doentes e outros visitantes do serviço;
- Uma arrecadação, junto ao serviço, onde se encontram ventiladores para ventilação não invasiva (*Vision, Harmony, Vivo*), o *Cought Assist*, duas máquinas de diálise, entre outros materiais.

2.1.2 - Recursos Materiais

A UCIDEM está munida de vários equipamentos capazes de dar resposta aos doentes que necessitam de cuidados intensivos e intermédios. Sendo assim, as unidades dos doentes são todas elas equipadas com monitores que permitem ao enfermeiro vigiar o estado hemodinâmico e ventilatório dos doentes, conseguindo os enfermeiros aceder à monitorização dos doentes através de uma central de monitores. Nas unidades dos doentes existem também rampas de oxigénio, ar e vácuo, ventilação mecânica, bombas e seringas

infusoras, não esquecendo o insuflador manual indispensável à cabeceira de qualquer doente.

Existe depois outra série de equipamentos passíveis de utilização como a máquina para técnicas dialíticas, ventiladores para ventilação não invasiva, ventilador de transporte, desfibriladores, dois carros de urgência (um em cada sala), ecocardiógrafo, eletrocardiógrafo, pacemaker provisório, dois cobertores elétricos, aquecedores de fluidos, dois gasómetros, entre outros.

No que diz respeito ao material de consumo, este é reposto semanalmente no stock por níveis do serviço. Quanto a material mais específico como material necessário ao funcionamento dos gasómetros, máscaras e traqueias para Ventilação Não Invasiva etc., este é adquirido mediante pedidos efetuados pelo Enfermeiro Chefe.

2.1.3 - Recursos Humanos

A equipa de Enfermagem da UCIDEM é constituída por vinte e oito enfermeiros que se distribuem pelas seguintes categorias profissionais:

- 1 Enfermeiro Chefe;
- 27 Enfermeiros (sendo que 4 enfermeiros possuem especialidade na área de Enfermagem Médico-cirúrgica e 2 enfermeiros possuem especialidade na área da Enfermagem de Reabilitação).

O Enfermeiro Chefe e mais uma enfermeira fazem horário fixo, os restantes elementos da equipa praticam um horário rotativo ou seja *roullement*.

A equipa de assistentes operacionais é constituída por onze elementos. Esta equipa pratica horário de *roullement*.

Os serviços administrativos são assegurados por uma funcionária permanente, assim como os serviços de limpeza.

Quanto à equipa médica esta é constituída por médicos pertencentes ao quadro do Hospital e por médicos contratados que vêm prestar serviço à unidade. Esta equipa apresenta um grande leque de especialidades tais como: Pneumologia, Nefrologia, Cardiologia, Medicina Interna e Anestesiologia.

A UCIDEM conta ainda com o apoio de outros técnicos de saúde, que integrados na equipa multidisciplinar, prestam cuidados aos doentes internados na unidade quando solicitados.

2.2 - CARACTERIZAÇÃO GERAL DA POPULAÇÃO/UTENTES

A UCIDEM é um serviço polivalente que admite doentes provenientes de todos os serviços e instituições da ULSNA, com exceção dos serviços de Pediatria e Neonatologia. De referir que a UCIDEM recebe ainda doentes de outros Hospitais do Sistema Nacional de Saúde quando existe a necessidade de transferência desses doentes, por inexistência de ventiladores disponíveis nos hospitais de origem.

Os utentes do serviço apresentam uma média etária elevada, o que está de acordo com as características demográficas da população do distrito.

Esta unidade presta assistência a doentes que necessitam de suporte ventilatório e/ou tratamento intensivo. Admite doentes de ambos os sexos, em situação aguda de qualquer tipo de patologia do foro médico, cirúrgico, traumatológico, entre outros.

Os doentes desta unidade encontram-se em estado crítico, caracterizando-se estes pela presença de problemas de vida ou de morte reais ou potenciais, e pela necessidade de observação e intervenção contínuas, com o objetivo de evitar complicações e restaurar a saúde. São doentes altamente instáveis, com alto risco e cujo quadro clínico pode variar continuamente.

No referido serviço são admitidos doentes críticos, que apresentam como patologias mais frequentes a Insuficiência Respiratória aguda e crónica, Edema Agudo do Pulmão, Pneumonia, o Enfarte Agudo do Miocárdio, a Insuficiência Renal aguda e crónica, Choque Séptico e doentes politraumatizados. Atualmente o referido serviço recebe também muitos doentes do foro cirúrgico que necessitam de vigilância pós-operatória.

Os doentes são transferidos da UCI, sempre que se verifica que a unidade não dispõe de meios adequados para obstar à situação clínica do doente, ou quando os doentes em causa, já não necessitam de cuidados diferenciados, sendo então transferidos para outras unidades de internamento.

O retorno do doente ao nível funcional e de independência será facilitado pela intervenção multidisciplinar. No serviço encontram-se doentes com disfunções Respiratórias, Músculo-Esquelético, Sensoriomotora, Comunicação, Comprometimento/Deglutição, Eliminação vesical/intestinal, Cognição e Comportamento, com necessidades de cuidados de Enfermagem de Reabilitação, sendo que estes, previnem complicações, melhoram o estado clínico, melhoram o prognóstico, reduzem custos nas unidades de cuidados intensivos e otimizam o *status* funcional à data da alta.

3 - INTERVENÇÕES

3.1 - OBJETIVOS DAS INTERVENÇÕES

Na perspetiva de dar resposta às necessidades dos doentes internados na UCI e tendo em conta a gestão de unidades de saúde e o conteúdo funcional da enfermagem de reabilitação, as intervenções tiveram como objetivo demonstrar o contributo dos cuidados de enfermagem de reabilitação no contexto de cuidados de saúde na UCI.

A concretização deste objetivo deveria contribuir para:

- Preservar e/ou restabelecer a funcionalidade do doente de forma a promover o autocuidado, autonomia e qualidade de vida;
- Prevenir complicações durante o internamento e após a alta;
- Reduzir o tempo de internamento na UCI;
- Realça-se a contribuição destes cuidados especializados numa diminuição de custos, trazendo ganhos em saúde aos doentes/família internados no serviço.

3.2 - FUNDAMENTAÇÃO DAS INTERVENÇÕES

De acordo com estudos efetuados e à semelhança de outros serviços, também na UCI a intervenção do enfermeiro de reabilitação deve ser o mais precoce possível, dependendo dos meios e recursos existentes, podendo ir desde a mobilização passiva poliarticular a intervenções mais diferenciadas como o desmame da ventilação mecânica.

De acordo com uma revisão feita por Lewis (2003) citado por Sequeira (2009), sobre a Reabilitação nas Unidades de Cuidados Intensivos do Reino Unido nos últimos anos, os cuidados prestados ao doente crítico têm evoluído para uma abordagem mais holística, em conjunto com o desenvolvimento de programas de reabilitação. O acompanhamento clínico permite manter a Reabilitação desde a UCI até à alta hospitalar ou até à fase de ambulatório. Este facto parece atestar a compreensão da importância do papel da reabilitação nas Unidades de Cuidados Intensivos, o que se tem refletido no contínuo envolvimento dos enfermeiros de reabilitação nestas unidades.

Na reabilitação dos doentes que apresentam patologias respiratórias é fundamental a intervenção do enfermeiro especialista que será planeada após a avaliação respiratória. “A

avaliação respiratória constitui parte vital dos cuidados de enfermagem. (...) A deteção precoce dessas mudanças permite intervir rapidamente, talvez evitando complicações”, (Bolander, 1998: 1460).

De acordo com Hoeman (2000) a avaliação dos doentes com patologia pulmonar real ou potencial implica que sejam considerados todos os aspetos fisiológicos e biopsicossociais dos problemas presentes. É fundamental que seja realizada uma abordagem individualizada, baseada na situação atual da vida, na perceção dos problemas, na condição médica atual, nas relações sociais e nos sistemas de suporte dos doentes em questão.

Esmond (2005) refere que “A capacidade em garantir e documentar uma avaliação respiratória sistematizada, concisa e clara de um doente é uma competência fundamental para que os enfermeiros da área respiratória engradeçam e desenvolvam a sua prática”.

O exame subjetivo deverá compreender: a história clínica atual e passada (sugere frequentemente indicações muito úteis quanto à etiologia do processo); os antecedentes pessoais e familiares; os estilos de vida (permite determinar hábitos tabágicos do paciente; tolerância ao exercício - muito reduzida por aumento do trabalho respiratório); as condições socioeconómicas, familiar, habitacional e profissional (permite determinar a existência de exposição a substâncias nocivas); a perceção dos principais problemas; e as expectativas do utente em relação ao plano de tratamento.

O exame objetivo pode ser dividido em seis etapas: observação/inspeção torácica; palpação torácica; percussão torácica; auscultação torácica; sintomas respiratórios; e sinais vitais

Relativamente à observação/inspeção torácica, Kisner & Colby (2005) indicam que, ao ser feita a análise da forma e das dimensões do tórax deverá ter-se em conta a simetria do tórax e do tronco, a mobilidade do tronco e a forma e dimensões do tórax. A palpação é uma técnica utilizada na avaliação respiratória que envolve a utilização das mãos e dos dedos para obter informação através do tato. Esta técnica pode oferecer evidências de disfunção dos tecidos subjacentes, como sendo: os pulmões, a parede torácica e o mediastino.

Segundo Esmond (2005), toda a área do tórax deve ser palpada para pesquisar pulsações, sensibilidade, depressões, protuberâncias e movimentos paradoxais.

Quanto à percussão torácica, é utilizada para avaliar a densidade pulmonar, especificamente a proporção de ar para sólido nos pulmões e envolve o batimento de um objeto contra outro para produzir percussão sonora, Esmond (2005).

A auscultação, segundo Esmond (2005), proporciona informação fundamental acerca da situação dos pulmões e da pleura. Se for possível, o doente deverá estar sentado, para que se possam avaliar as faces anterior, lateral e posterior do tórax.

É fundamental que a auscultação seja feita de uma forma sistematizada, isto é, cada local deverá ser auscultado cuidadosamente na inspiração e expiração.

A utilização de instrumentos que possibilitem a graduação da intensidade da dispneia deve ser incorporada na prática clínica do enfermeiro de reabilitação. A literatura descreve que vários instrumentos têm sido propostos para a avaliação da intensidade da dispneia.

Segundo Elkin, Perry & Potter (2005) a temperatura, o pulso, a respiração e a tensão arterial são os sinais vitais que indicam a capacidade do organismo para controlar a temperatura corporal, manter o fluxo sanguíneo e oxigenar os tecidos do corpo. Os sinais vitais podem revelar alterações repentinas no estado do doente.

Hoeman (2000) refere que a utilização de instrumentos de avaliação permite ao enfermeiro especialista em reabilitação documentar aspetos importantes na avaliação da funcionalidade, que possibilitam traçar um plano de intervenção individualizado e dar visibilidade à sua prática pela produção de indicadores de qualidade dos cuidados prestados.

Os instrumentos de avaliação escolhidos devem ser fiáveis, válidos, sensíveis e eficientes, para além de práticos e de fácil utilização, permitindo obter resultados significativos que possam orientar o processo de reabilitação. Para Hoeman (2000) os instrumentos de medida da funcionalidade são utilizados na determinação do estado físico funcional, documentam as necessidades de intervenção, permitem traçar um plano de tratamento e avaliar e monitorizar os progressos.

É através da avaliação global que os enfermeiros de reabilitação chegam a um diagnóstico de enfermagem relacionado com a incapacidade, pelo que “devem encarar os instrumentos de avaliação como qualquer informação clínica essencial.”. (Hoeman, 2000)

São vários os instrumentos e escalas de avaliação existentes, a Medida de Independência Funcional [MIF], o Índice de Barthel, a Escala de Equilíbrio, a Escala de Lower e a Escala de Braden, entre outras.

A MIF é segundo Hoeman (2000) uma escala que se utiliza em reabilitação “tomando a enfermagem aqui uma posição de liderança”. O instrumento avalia 18 categorias pontuadas de um a sete e classificadas quanto ao nível de dependência para a realização da tarefa. As categorias são agrupadas em seis dimensões: autocuidados; controlo de esfíncteres; transferências; locomoção; comunicação; cognição social.

Hoeman (2000) refere que o Índice de Barthel é um sistema de resultados ponderados, de 0 a 100 que mede o grau de assistência exigido por um indivíduo, em 10 itens de atividades de vida diária envolvendo a mobilidade, o autocuidado e a continência.

A pontuação mínima de zero corresponde à máxima dependência para todas as atividades de vida diária [AVD] avaliadas, e a máxima de 100 equivale à independência total

para as mesmas AVD, como se verifica no quadro 1 e 2. (Mahoney & Barthel, 1965, citados por Barata, 2012).

Quadro 1 – Avaliação padronizada: Índice de Barthel

	0 pontos	5 pontos	10 pontos	15 pontos
Alimentação	Incapaz	Com ajuda	Independente	
Higiene Pessoal	Com ajuda	Independente		
Controlo Vesical	Incontinente ou Algaliado	Problemas Ocasionais	Continente	
Controlo Anal	Incontinente	Acidentes Ocasionais	Sem problemas	
Transferência	Incapaz	Muita ajuda	Alguma ajuda	Independente
Deslocação / Mobilização	Imobilidade	Independente em Cadeira de Rodas	Com ajuda	Independente
WC	Dependente	Com ajuda	Independente	
Vestir	Dependente	Com ajuda	Independente	
Banho	Dependente	Sem ajuda		
Subir/descer escadas	Incapaz	Com ajuda	Independente	

Quadro 2 – Score atingido no Índice de Barthel: grau de dependência

Grau de Dependência	Score
Autónomo	100 pontos
Dependente Leve	Superior a 60 pontos
Dependente Moderado	40 a 60 pontos
Dependente Grave	20 a 40 pontos
Dependente Total	Inferior 20 pontos

(score: 0-100 pontos)

A Escala de Lower permite avaliar a força muscular, esta, segundo Moraes & Conceição (2009), é habitualmente avaliada solicitando-se a contração isotónica e apresenta seis graus, de 0 a 5.

Quadro 3 - Escala de Lower

Grau	
0	ausência de movimento e contração muscular
1	existência de contração muscular mas sem movimento
2	existência de movimento ativo, anulando-se a gravidade
3	existência de movimento ativo contra a gravidade
4	existência de movimento ativo contra a gravidade com alguma resistência
5	força normal

A aplicação de escalas permitirá inferir a importância da contribuição da enfermagem de reabilitação na UCI.

Segundo Sequeira (2009), a reabilitação respiratória faz parte dos cuidados em qualquer fase, ou seja, é importante numa fase precoce, após o diagnóstico, numa fase de agudização ou exacerbação da doença, na fase estável da doença crónica, ou numa fase terminal.

O mesmo autor refere ainda que a intervenção da Reabilitação nas Unidades de Cuidados Intensivos, tem vindo a ser cada vez mais solicitada, tanto no que se refere à Reabilitação Motora e Funcional, como e de uma forma mais específica, à Reabilitação Respiratória. “Isto é do conhecimento geral e existem muitos estudos que o provam e demonstram (Stiller, 2000, Lewis, 2003, Roeseler *et al.* 2007).” Sequeira (2009).

Como tal, um enfermeiro de reabilitação adquire uma importância extrema numa UCI, devendo ser capaz de atuar em todas as fases de doença, sendo capaz de avaliar, intervir, reavaliar e refletir sobre a sua atuação.

A cinesiterapia respiratória ocupa, evidentemente, um lugar essencial na reabilitação dos utentes. Para Parente (2009) citado por Laranjeira (2010), a maioria dos utentes internados em Unidades de Cuidados Intensivos apresentam alterações a nível do sistema respiratório, e como, estão, ou já estiveram, sujeitos a ventilação mecânica, a tónica é colocada em primeiro lugar na cinesiterapia respiratória e em segundo, na mobilização articular, como coadjuvante da primeira e para prevenir a panóplia de efeitos secundários resultantes da imobilidade.

A cinesiterapia respiratória é de extrema importância, sendo a sua finalidade primordial, segundo Delplanque & Antonello (1997), prevenir o recurso à entubação em utentes com debilidade respiratória (desobstrução, ventilação dirigida etc.). Em caso de ventilação

mecânica é de extrema importância desde o seu início até ao desmame. No caso de doentes entubados ou traqueostomizados e com ventilação mecânica invasiva esta facilita a relação entre o utente e o ventilador, facilita uma boa higiene brônquica, previne a estase brônquica e atelectasias, facilita a remoção das secreções, facilita a expansão pulmonar, previne aderências pleurais, reduz a atrofia muscular torácica e mantém a amplitude torácica eficaz.

A entubação da via aérea e a ventilação mecânica reduzem ou impedem a remoção natural de secreções brônquicas, aumentando o risco de pneumonia associada à ventilação. Existe alguma evidência de que medidas preventivas, como a cinesiterapia, mesmo as técnicas mais “agressivas” podem reduzir as altas taxas de morbilidade associada à ventilação nas UCI (Sequeira, 2009).

Durante a fase de desmame ventilatório o papel do enfermeiro de reabilitação, também é fundamental.

Para Delplanque & Antonello (1997) a extubação é decidida pelo médico e segue um protocolo preciso, nas horas e dias posteriores o utente precisa de reabilitação respiratória eficaz e assídua. O enfermeiro de reabilitação, seja qual for a técnica utilizada, deve ser capaz de adaptar o utente ao modo ventilatório prescrito, facilitar o desenvolvimento de uma ventilação espontânea eficaz, assegurar a permeabilidade das vias respiratórias, efetuar estreita vigilância da situação clínica, dos parâmetros respiratórios e promover a mudança para ventilação mecânica, antes do cansaço extremo devido a um trabalho respiratório excessivo. Segundo Parente (2009) citado por Laranjeira (2010), nesta fase, através da cinesiterapia respiratória o enfermeiro deve ser capaz de melhorar a capacidade respiratória do doente, promover a autonomia dos movimentos respiratórios, melhorar o reflexo da tosse e melhorar a tolerância ao esforço. Além destes e aquando da extubação com oxigenioterapia, a cinesiterapia tem como objetivo o ensino das posições de descanso e relaxamento, ensino da respiração costal e diafragmática, corrigir assinergias, defeitos ventilatórios e correção postural, e reeducar o utente no esforço respiratório.

A imobilidade a que estes utentes estão sujeitos é outro aspeto que causa grandes complicações aos mais diversos níveis aumentando a morbilidade, sendo de grande relevância a intervenção diferenciada do enfermeiro de reabilitação para prevenir ou reduzir as consequências nefastas da mesma. Para tal surgem os exercícios de mobilização articular, efetuando-se mobilização articular polissegmentar (em particular as grandes articulações, 1 a 2 vezes por dia; se espasticidade, 3 a 4 vezes), alongamentos, aplicação de ortóteses e garantir posturas e posicionamentos adequados.

A mobilização articular previne a perda de cálcio, melhora o mecanismo vasopressor, previne alterações osteoarticulares, previne alterações neuromusculares, diminui a dor articular provocada pela imobilidade, previne a estase venosa e melhora a flexibilidade e

força muscular. Mobilizações passivas provocam um incremento das necessidades metabólicas de doentes críticos, com consumo adicional de 15% de oxigénio (Norrenberg, 1995). Um estudo realizado por Chang (2006) citado por Sequeira (2009), mostrou que um programa de treino para os membros superiores e inferiores, implementado durante seis semanas, melhorou a força muscular, reduziu o tempo de ventilação e melhorou os resultados funcionais em doentes sob ventilação mecânica de longa duração, comparados com um grupo de controlo que não realizou o programa de treino.

O alongamento, segundo Herbert (1993), é vital na prevenção e reversão das retrações musculotendinosas, a estimulação mecânica para promover o crescimento e remodelação tecidual, o que será fundamental nos doentes em estado crítico.

A colocação de ortóteses e posicionamento adequado dos segmentos corporais previne deformações. Além disso a atenção aos posicionamentos e alternância de decúbitos no sentido de prevenir o aparecimento de úlceras de decúbito, tendo em vista, o conforto do doente com o alinhamento dos segmentos corporais e a manutenção das articulações em posição funcional respeitando as suas amplitudes articulares, deve ser um aspeto a não descuidar e abordado constantemente pelo enfermeiro de reabilitação junto da restante equipa no sentido de desmistificar receios e preconceitos que possam existir, assim como incrementar, atualizar e preparar para a aplicação de novas estratégias e meios que possam ser realizadas aos utentes da UCI.

Outro aspeto que não deve ser esquecido em momento algum em unidades de cuidados intensivos, refere-se a alterações psicológicas, emocionais e comunicacionais a que estes doentes estão sujeitos. O enfermeiro de reabilitação deve prestar bastante atenção a estas áreas e intervir para que exista a menor repercussão negativa a estes níveis.

O enfermeiro deve constantemente observar o doente a nível comportamental, fisiológico e psicológico para que desta forma, consiga detetar o mais precocemente possível qualquer alteração, seja de dor, stress, medo, ou outra alteração, de forma a tentar compreendê-la e intervir respondendo à necessidade do utente.

O termo “medicina intensiva” provoca, por si só, uma certa sobrecarga emocional, pois normalmente associa-se a ele um agravamento do estado geral do utente, colocando-o em proximidade com a morte.

O confinamento a que o utente se vê submetido, a distância dos seus familiares, o ambiente e pessoas desconhecidas, o equipamento complexo que o envolve, entre outros, são causas de ansiedade e preocupação e causando-lhe grande desconforto. Acrescido a isto ainda há uma variedade muito reduzida de estímulos e presença de ruídos constantes. Tudo isto pode levar o indivíduo a uma situação de *stress*, na qual perde a sua capacidade

de adaptação, o que será uma ameaça à manutenção da homeostasia, interferindo grandemente na satisfação das suas necessidades fundamentais.

Perante o conhecimento destes factos o enfermeiro de reabilitação pode implementar uma série de intervenções na expectativa de reduzir o impacto psicológico e emocional a que o utente está sujeito na UCI. Assim deve ser agente de mudança e melhorar o ambiente da unidade promovendo o bem-estar, reduzindo o ruído ambiente, comunicando constantemente com o utente, descrevendo todas as situações do quotidiano, localizando-o no tempo e no espaço frequentemente, utilizando o toque terapêutico, entre muitas outras medidas, que permitem limitar as sequelas psicológicas e emocionais.

A comunicação é também uma parte crucial para os enfermeiros, uma vez que utentes com prótese ventilatória estão impossibilitados de comunicar verbalmente, embora muitas vezes conscientes. Assim, a grande preocupação vai não tanto para a emissão de sinais para o doente, dado que os entende, mas sim para a emissão de dados comunicacionais dele para os outros. Nesta situação, várias estratégias podem ser adotadas, fruto da capacidade imaginativa e criativa dos intervenientes. Esta pode ir do simples fornecimento de papel e lápis ao doente até à criação de quadros de imagens, quadro de letras, quadros com frases mais frequentes, ou mesmo o estabelecimento de códigos que podem implicar apenas o piscar de um ou outro olho, acenar com a cabeça, levantar ou baixar um dedo, virar a cabeça de um lado para o outro, entre outros (Marrucho, *et al.*, 2001). O enfermeiro especialista deve estar sempre atento, utilizar e motivar para a utilização destas estratégias.

Como características gerais, a reabilitação tem um forte sentido processual, com começo, meio e fim para não expor o doente e família a intermináveis tratamentos, reconhecendo o melhor nível de recuperação de acordo com o estilo de perspetivas de vida do utente e de suas condições clínicas. Os cuidados de reabilitação são indispensáveis ao resgate das capacidades das pessoas, às suas funções orgânicas e motoras (Faro, 2006).

3.2.1 - Reeducação Funcional Respiratória [RFR]

A reabilitação respiratória é um conjunto multidimensional de serviços dirigidos a pessoas com doenças pulmonares e às suas famílias, compostos por uma equipa multidisciplinar de especialistas, com o objetivo de atingir e manter o nível individual máximo de independência e funcionamento na comunidade.

Segundo Heitor (1988: 2), “Cinesiterapia Respiratória ou Reeducação Funcional Respiratória, é uma terapêutica baseada no movimento e, como tal vai atuar sobre os

fenómenos mecânicos da respiração, ou seja, sobre a ventilação externa (...) para melhorar a ventilação alveolar”.

Atualmente, é mais utilizada a terminologia Reeducação Funcional Respiratória e não cinesiterapia respiratória, uma vez que traduz deste modo, o objetivo da mesma, ou seja, o restabelecimento do padrão funcional da respiração. (Olazabal, 2003). Assim, a RFR atua principalmente nos fenómenos mecânicos da respiração, isto é, na ventilação externa e com esta melhora a ventilação alveolar, utilizando para esse efeito diversos exercícios respiratórios. Estes mesmos exercícios traduzem-se em técnicas manuais, posturais e cinéticas, dos componentes toraco-abdominais que podem ser aplicadas separadamente ou em associação com outras técnicas.

Segundo, Heitor *et al* (1988), objetivos da reeducação funcional respiratória consistem em:

- Prevenir e corrigir alterações do esqueleto e músculos;
- Reduzir a tensão psíquica e muscular diminuindo a sobrecarga muscular;
- Assegurar a permeabilidade das vias aéreas;
- Prevenir e corrigir os defeitos ventilatórios para melhorar a distribuição e ventilação alveolar;
- Melhorar a performance dos músculos respiratórios;
- Reeducar o esforço.

Ainda segundo o mesmo autor, a RFR está indicada em:

- “deformidades da coluna e da parede da caixa torácica;
- Patologia neuromuscular com repercussão na dinâmica torácica;
- Patologia da pleura (derrame pleural e pneumotórax);
- Patologia broncopulmonar (DPOC e supurações broncopulmonares, pneumonias, atelectasias, granulomatoses e fibroses pulmonares);
- Patologia cardíaca (cardiopatia isquémica, cor pulmonale);
- Geriatria, Gerontologia e outras situações do foro médico, em que se encontre patente a estase de secreções e insuficiência respiratória e do foro cirúrgico.”

As manobras de reeducação funcional respiratória resumem-se em:

- Treino e fortalecimento muscular;
- Melhoria da mobilidade torácica;
- Desobstrução pulmonar;
- Expansão pulmonar;
- Promoção do relaxamento.

Segundo, Cordeiro & Menoita (2012), “um programa de RFR deve, efetivamente, ser individualizado, tendo em consideração vários fatores, como a patologia, o grau de

gravidade do problema, a idade, a capacidade de aprendizagem, os objetivos do programa, os recursos existentes, os processos de motivação da pessoa, entre outros.” Para Olazabal (2003), “no decurso do programa deve haver avaliações periódicas da pessoa com patologia respiratória e da adequação das técnicas escolhidas, para realização de ajustamentos”.

Existem algumas situações clínicas e patológicas para as quais a Cinesiterapia respiratória está contra indicada, pela presença de limitações e pelos poucos benefícios que possa trazer para o doente, Heitor (1988) refere algumas das situações em que é contra indicado realizar reeducação funcional respiratória, como por exemplo: edema pulmonar agudo; embolia pulmonar; hemoptises e hemorragia digestiva abundante; síndrome de dificuldade respiratória no adulto; tuberculose pulmonar ativa; cancro do pulmão e da pleura; estado de choque

3.2.2 - Caracterização da Insuficiência Respiratória

O termo Insuficiência Respiratória Aguda [IRA], refere-se segundo Schettino & Schor (2005) citados por Sarmento (2005) “a uma situação clínica em que o sistema respiratório perde subitamente a capacidade de manter uma troca gasosa adequada.” Existem valores, que são comumente aceites e que permitem definir a IRA, como a pressão parcial de O_2 no sangue arterial [pO_2] menor que 60 mmHg (hipoxemia) ou pressão parcial de CO_2 [pCO_2] maior que 50 mmHg (hipercapnia), em ar ambiente. Mas, como afirmam Schettino & Schor (2005) citados por Sarmento (2005) “esses valores são influenciados pela idade, altitude, presença de doença pulmonar crónica ou doença cardíaca”. Deste modo, deve-se considerar ao caraterizar a IRA, a observação de uma alteração súbita e significativa dos valores de base dos gases presentes no sangue.

Segundo os mesmos autores, Schettino & Schor (2005) citados por Sarmento (2005) “o paciente com IRA apresenta-se geralmente ansioso, fazendo uso da musculatura acessória para respiração e adotando uma postura com o tronco inclinado para a frente”, provocando vários efeitos sobre o sistema nervoso central [SNC] e o sistema cardiovascular.

Em termos de fisiopatologia da IRA, sabe-se que as trocas gasosas ocorrem nas unidades alveolares, onde o O_2 é transferido do gás alveolar para o sangue e o CO_2 percorre o caminho oposto. Assim, a ventilação do alvéolo pulmonar, a difusão dos gases entre o alvéolo e o sangue, a perfusão pulmonar e o transporte dos gases no sangue, são os mecanismos responsáveis pela manutenção dos níveis dos gases sanguíneos (Sarmento, 2005). Sempre que se verifica alguma alteração de qualquer destes mecanismos, pode-se originar uma insuficiência respiratória.

Após o processo de difusão, as moléculas de oxigénio ligam-se à hemoglobina para serem transportadas aos diversos tecidos. A quantidade de O_2 ligada à hemoglobina depende do nível de pO_2 atingido. Esta relação, denominada curva de dissociação da oxihemoglobina, não é linear, mas apresenta a forma de uma curva sigmoidal. O CO_2 é transportado dissolvido no plasma, sob a forma de bicarbonato, ou ligado à hemoglobina como um composto carboamino. De modo a que uma troca gasosa ideal se processe, é necessário que cada unidade alveolar seja ventilada e perfundida adequadamente. Mas, uma relação ventilação/perfusão $[V/Q]$ perfeita não é encontrada nem em pulmões ditos normais, já que as regiões superiores do pulmão apresentam relação V/Q maior do que as regiões inferiores (Sarmiento, 2005).

Relativamente, à hipercapnia, a pCO_2 é diretamente proporcional à ventilação alveolar $[VA]$ e indiretamente proporcional à produção de CO_2 pelo metabolismo celular. Deste modo, a hipercapnia pode ser resultante de ventilação alveolar inadequada, ou do aumento da produção de CO_2 .

No que concerne à hipoxemia, a insuficiência respiratória hipoxémica é caracterizada, por queda na pO_2 , com pCO_2 normal ou baixa, sendo esta a forma mais comum de insuficiência respiratória aguda, que pode ser verificada em quase todas as doenças pulmonares agudas, que de uma forma geral, envolvem preenchimento dos alvéolos por fluido ou colapso alveolar. Os distúrbios, na relação entre a ventilação e a perfusão alveolar, são as causas mais comuns da hipoxemia, sendo os seus extremos: shunt (a unidade alveolar não é ventilada, o sangue passa pelo capilar pulmonar sem que haja troca gasosa, o que faz com que sejam mantidas as mesmas pressões parciais dos gases do sangue venoso); espaço morto alveolar (a unidade alveolar é ventilada mas não perfundida, de modo a que o sangue no capilar pulmonar não entra em contato com o gás alveolar, não acontecendo troca gasosa).

Segundo Sarmiento (2005) a IRA também se pode verificar em pacientes anteriormente saudáveis ou em pacientes com doença respiratória crónica prévia. As condições que podem levar a distúrbios na função dos diversos constituintes do sistema respiratório, que resultam em IRA, são: obstrução de vias aéreas superiores, estado de mal asmático, agudização de doença pulmonar obstrutiva crónica [DPOC], síndrome da angústia respiratória do adulto [SARA].

3.2.3 - Caracterização do Derrame Pleural

O derrame pleural define-se como a acumulação anormal de líquido no espaço pleural, podendo ser causado por um significativo número de situações patológicas, que fomentam a

quebra da homeostase, responsável pelo controlo dos mecanismos que impedem a saída de líquido dos capilares. (Moreira & Prando, 2007 citados por Cordeiro & Menoita, 2012)

Silva (1998) afirma que a formação do derrame pleural envolve um ou mais dos mecanismos capazes de aumentar a entrada ou de diminuir a saída de líquido no espaço pleural.

A formação do derrame pleural é baseada no desequilíbrio entre a dinâmica da pressão oncótica (poder osmótico das proteínas plasmáticas, resultante da sua capacidade de imbibição coloidal) e da pressão hidrostática nos vasos sanguíneos. A pressão oncótica é responsável por impedir que o líquido derrame dos vasos para a pleura, por outro lado, a pressão hidrostática, é a pressão que o líquido exerce na tentativa de sobrepular os vasos em direção à pleura, (Presto & Damázio, 2009).

Em circunstâncias ditas normais, a superfície pleural é lubrificada por cerca de 15 ml de líquido claro e seroso, relativamente acelular, quando este volume aumenta o pulmão perde a capacidade para se expandir.

O volume do líquido pleural, segundo Robbins, (2000) citado por Cordeiro & Menoita (2012) aumenta em cinco situações distintas:

- Aumento da pressão hidrostática, que ocorre na insuficiência cardíaca congestiva;
- Aumento da permeabilidade vascular, que ocorre na pneumonia;
- Redução da pressão oncótica, que ocorre na síndrome nefrótica;
- Aumento da pressão negativa intrapleural, que ocorre na atelectasia;
- Diminuição da drenagem linfática, que ocorre na carcinomatose mediastinal.

O derrame pleural transudativo caracteriza-se pela inexistência de lesão do espaço pleural. Scanlan *et al.* (2000) afirma que os derrames pleurais transudativos se formam quando as pressões, hidrostática e oncótica são anormais. Não há envolvimento inflamatório das pleuras. No derrame pleural transudativo o líquido é claro e transparente. As patologias que produzem derrames pleurais transudativos são reduzidas e englobam a insuficiência cardíaca congestiva, o síndrome nefrótico, hipoalbuminemia, hepatopatias, atelectasia e obstrução linfática.

O derrame pleural exsudativo é causado por inflamação pulmonar ou pleural. Resulta de patologias que determinam uma reação inflamatória local, com conseqüente aumento da permeabilidade capilar e derrame de proteínas para o espaço pleural.

As causas comuns de derrames pleurais exsudativos são as neoplasias (Carcinoma,...), doenças infecciosas (Tuberculose,...), embolia pulmonar, doenças gastrointestinais (Pancreatopatia, Cirurgia abdominal,...), doenças vasculares colagenosas (Pleurisia reumatoide, Lúpus eritematoso sistémico,...), doença pleural induzida por drogas (Amiodarona, Metotrexate,...), Hemotórax, Quilotórax. De acordo com Scanlan *et al.* (2000),

os derrames pleurais exsudativos são responsáveis por aproximadamente 77% de todos os derrames pleurais.

Segundo Álvares (2006) citado por Cordeiro & Menoita (2012) as causas de derrame pleural transudativo, podem ser alguns fármacos como a nitrofurantoína, isoniazida, fenitoína e a amiodarona, a doença vascular de granulomatose de Wegener, a síndrome nefrótica, a atelectasia, entre outros. Já o derrame exsudativo surge em situações de doença que assolam a superfície pleural, com lesão do endotélio capilar e aumento do conteúdo proteico, que surge em resposta às alterações da formação e absorção do líquido pleural, sendo causado quer pelo aumento da permeabilidade vascular, por processos inflamatórios no pulmão e/ou pleura, quer por situações de malignidade, como por neoplasias primárias, metástases, carcinomas broncogénicos, linfomas e carcinoma da mama. Este tipo de derrame exsudativo também se pode formar devido a impedimento ou redução da drenagem linfática, por presença de sangue no espaço pleural ou por presença de derrame supurativo.

Schaffler & Menche (2004) afirmam que os principais sintomas de um derrame pleural são a dispneia e a dor torácica, que se agrava com a respiração. No entanto, em derrames pleurais que se instalam lentamente, existe um longo período de tempo caracterizado pela ausência de sintomas. A dispneia pode ser muito intensa, acompanhada de cianose, quando o derrame se forma rápida e extensamente. Quanto à dor torácica, é tipicamente em pontada, agravando-se com os movimentos respiratórios, a tosse e os espirros. Quando a dor é muito intensa, imobiliza quase completamente o doente, já que, até os movimentos do tronco agravam a sintomatologia. Existe uma certa tendência a diminuir ou a desaparecer com a evolução da patologia. Contudo, pode nunca existir, o que sucede com frequência nos casos de início insidioso.

A tosse, geralmente é seca, e muitas vezes dolorosa. Há uma tendência para diminuir de intensidade ou extinguir-se com o tempo.

Existem várias complicações decorrentes do derrame pleural. Quando o derrame pleural se encontra suficientemente extenso para comprimir uma quantidade apreciável de parênquima pulmonar subjacente, e as técnicas de drenagem do líquido acumulado não são suficientemente eficientes, o líquido pleural tende a consolidar, transformando-se em aderências fibrosas. Estas aderências vão-se tornar completamente rígidas e provocar o colapso do parênquima pulmonar subjacente e a compressão das estruturas mediastínicas, o que vai interferir com alterações da ventilação e da circulação (possibilitando o aparecimento de dispneia e de hipoxemia), assim como da mobilidade torácica e da expansão pulmonar (Schaffler & Menche, 2004).

O diagnóstico do derrame pleural é confirmado fundamentalmente por radiografias torácicas e exames ecográficos e punção da pleura, (Schaffler & Menche, 2004). Para além

da imagiologia poderão utilizar-se outras técnicas, tais como: toracocentese, biopsia pleural percutânea, biopsia pleural cirúrgica, toracoscopia e pleurodese.

Para Carvalho (2001) citado por Cordeiro & Menoita (2012), o diagnóstico do derrame pleural não é simples, uma vez que é assintomático, sendo geralmente acompanhado de dor pleurítica intensa. A dor é súbita, intensa e surge no lado afetado, sendo o primeiro sintoma em 80% dos casos, e resulta do atrito entre os dois folhetos pleurais, durante os movimentos respiratórios, sendo que piora pela distensão da pleura parietal inflamada. Esta dor é geralmente unilateral e aguda, sendo que piora com a inspiração ou com a tosse, podendo haver irradiação para o ombro, pescoço ou abdómen. Em situações de derrames volumosos, pode surgir a dispneia, sendo que o grau de dispneia está associado ao volume de líquido e à pressão intratorácica. Segundo Presto & Damázio (2009), no exame clínico verifica-se uma assimetria do tórax, bem como uma diminuição da expansão torácica homolateral. Durante a percussão da 7^a à 11^a vértebra em grande derrames, verifica-se macicez. Já à auscultação assiste-se a uma diminuição ou ausência do murmúrio vesicular, podendo verificar-se um sopro pleurítico e alterações na voz, geralmente egofonia.

No derrame pleural, a distribuição do líquido está sempre dependente da gravidade da posição corporal da pessoa, já que o espaço pleural é livre, aderindo nas regiões basais do pulmão, na posição ortostática, determinando esta posição uma opacidade homogénea, que dissipa o seio costofrénico e distribui-se na periferia do pulmão, com forma de “menisco” e variando de aspeto conforme a alternância de decúbitos.

3.3 - METODOLOGIA DAS INTERVENÇÕES

A primeira intervenção consiste na consulta de todo o processo referente ao doente e na observação do doente para que se efetue a avaliação de enfermagem de reabilitação, onde se identificam problemas que permitam desenvolver um plano de cuidados adequado, estabelecendo informação de base que possibilita a avaliação do progresso e a efetividade do plano.

Em termos de avaliação de enfermagem, existem alguns aspetos a considerar, nomeadamente:

- Os sinais vitais;
- O nível de consciência;
- A cor da pele e extremidades;
- O padrão ventilatório: tipo de respiração, frequência, amplitude, músculos utilizados;
- A mobilidade torácica – simetria;

- A observação da postura;
- A palpação;
- A auscultação;
- A mobilidade do tronco e membros superiores;
- A força muscular;
- A resistência geral à fadiga;
- A dor;
- Outros sinais ou sintomas referidos pelo doente.

Posteriormente à avaliação, segue-se a elaboração do plano de cuidados, personalizado para cada doente. Não se pode esquecer que cada caso é um caso devendo ter em conta alguns fatores que nos permitem ir de encontro aos objetivos definidos, tais como:

- Estado de consciência, motivação e colaboração do doente;
- Objetivo profilático ou curativo do procedimento;
- Níveis laboratoriais de hipoxemia;
- Estabilidade hemodinâmica;
- Capacidade do doente;
- Modalidade ventilatória/desmame/extubado.

Posteriormente à elaboração do plano de cuidados, segue-se a efetivação do mesmo sendo necessária uma constante avaliação para que possam redefinir estratégias de forma a alcançar os objetivos desejados, sendo comum o recurso à utilização de escalas de avaliação.

Na elaboração dos registos, utiliza-se um impresso de enfermagem de reabilitação e elaboram-se protocolos para uniformizar procedimentos na equipa de enfermagem.

As intervenções integraram-se em planos de cuidados de enfermagem de reabilitação, de seguida apresentados.

3.4 - PLANO DE CUIDADOS

Doente: MB, 56 anos.

Data: 01/10/2013 (Doente internada na UCI a 26/09/2013)

Diagnóstico: Infecção Respiratória Aguda e Derrame pleural bilateral.

Antecedentes: Anemia, Nefropatia Diabética com Insuficiência Renal Crónica [IRC], Diabetes Mellitus 2, Retinopatia Diabética com Amaurose bilateral, Hipertensão Arterial [HTA], Insuficiência Cardíaca Congestiva [ICC], Dislipidemia e Hipotiroidismo.

Diagnóstico de Enfermagem	Avaliação	Objetivos	Intervenções	Resultados
<p>01/10</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Alteração da função respiratória, manifestada por padrão respiratório ineficaz; ▪ Risco de complicações pulmonares, 	<p>01/10</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Colheita de dados; ▪ Exame físico/Observação; ▪ Observação e avaliação dos parâmetros vitais: <ul style="list-style-type: none"> ▪ TA= 159/80 mmHg ▪ FC= 67b/m ▪ FR= 32cl/m ▪ Sat. O₂ = 92%; Gasometria: <ul style="list-style-type: none"> ▪ pH=7,30; pO₂=54; pCO₂=73 	<p>01/10</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Otimizar o padrão respiratório; ▪ Aumentar a expansão pulmonar; ▪ Manter a função ventilatória adequada; ▪ Impedir a formação de 	<p>01/10</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Informação ao doente dos procedimentos a realizar assim como os seus objetivos e pedir a sua colaboração; ▪ Proporcionar ambiente calmo, colocando o doente em posição de descanso e relaxamento, em decúbito dorsal, com almofada na região poplíteia; ▪ Ensinar a consciencialização e 	<p>01/10</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ O doente controla a respiração sem dificuldade em dissociar os tempos ventilatórios; ▪ Tomada de consciência da respiração; ▪ À auscultação apresenta murmúrio vesicular mantido no lobo superior e médio direito e

<p>circulatórias e posturais;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Alteração da mecânica ventilatória, devido ao derrame pleural, manifestada por diminuição da expansibilidade torácica 	<p>e $\text{HCO}_3=45,2$; Sat. $\text{O}_2=92\%$;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Padrão respiratório misto e de média amplitude, polipneica, com O_2 a 3l/m; ▪ Auscultação pulmonar com crepitações no lobo médio direito, diminuição do murmúrio vesicular no lobo inferior esquerdo e ausente no lobo inferior direito; ▪ A doente apresenta acessos de tosse produtiva, com secreções muco-purulentas; ▪ Observação do Raio X de 01/10 e de 03/10, com derrame pleural bilateral extenso mais acentuado à direita; ▪ Índice de Barthel com 15 pontos ▪ Avaliada a força muscular dos MI recorrendo à escala de Lower, apresentou grau 3. 	<p>aderências pleurais ou condicioná-las a uma posição mais baixa com a menor restrição funcional possível;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Impedir ou corrigir as posições antiálgicas defeituosas e as suas consequências; ▪ Manter a permeabilidade das vias aéreas; ▪ Diminuir a viscosidade das secreções; ▪ Melhorar a força muscular e a mobilidade articular. 	<p>dissociação dos tempos respiratórios;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ensinar e realizar respiração abdomino-diafragmática, com expiração com lábios semi-cerrados e ênfase na fase expiratória; ▪ Reeducação costal inferior; ▪ Exercícios de abertura costal global com bastão; ▪ Ensino da terapêutica de posição com mais ênfase no decúbito dorsal e decúbito lateral esquerdo, ficando a doente eupneica e bem oxigenada; ▪ Reforçada a necessidade de uma boa hidratação; ▪ Efetuada reeducação funcional motora, sendo executadas mobilizações passivas-assistidas de todos os segmentos articulares. 	<p>diminuído nos restantes campos pulmonares com crepitações finas dispersas;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Antes: 32 cl/m com e Sat. $\text{O}_2=92\%$ ▪ Depois: 17 cl/m com TA=140/76 mmHg e FC=72b/m e Sat. $\text{O}_2=96\%$ ▪ Respiração regular, semi-profunda; ▪ Avaliada a força muscular dos Membros Inferiores [MI] recorrendo à escala de Lower, apresentou grau 3; ▪ Apresenta-se sempre muito colaborante nos ensinos realizados.
---	---	--	---	--

Diagnóstico de Enfermagem	Avaliação	Objetivos	Intervenções	Resultados
<p>03/10</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Risco de complicações da função respiratória relacionada com a ventilação não invasiva [VNI]; ▪ Risco de complicações associadas à imobilidade no leito. 	<p>03/10</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Exame físico/Observação; ▪ Observação e avaliação dos parâmetros vitais: <ul style="list-style-type: none"> ▪ TA= 145/70 mmHg ▪ FC= 71b/m ▪ FR= 25cl/m ▪ Sat. O₂ = 87% ▪ Temp. ax.= 36°C; ▪ Gasometria: pH=7,50; pO₂=53; pCO₂=45 e HCO₃=35; SatO₂=87% (com indicação médica para VNI); ▪ Doente com VNI a 03/10 tendo sido retirada a 05/10; ▪ Auscultação pulmonar com ausência do murmúrio vesicular nas bases mas mantido nos restantes campos pulmonares e com ruídos adventícios 	<p>03/10</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Manter a prevenção dos defeitos ventilatório para melhorar a distribuição e a ventilação alveolar; ▪ Melhorar a força muscular e a mobilidade articular. 	<p>03/10</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Informação ao doente dos procedimentos a realizar assim como os seus objetivos e pedir a sua colaboração; ▪ Proporcionar ambiente calmo, colocando o doente em posição de descanso e relaxamento, em decúbito dorsal, com almofada na região poplíteia; ▪ Ensinar a consciencialização e dissociação dos tempos respiratórios; ▪ Ensinar e realizar respiração abdomino-diafragmática, com tonificação; ▪ Exercícios de abertura costal global com bastão; ▪ Efetuada reeducação funcional motora, sendo executadas 	<p>03/10</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tomada de consciência da respiração; ▪ À auscultação apresenta murmúrio vesicular mantido em todos os campos pulmonares à exceção das bases onde se encontra diminuído, crepitações finas no lobo inferior esquerdo; ▪ Antes: 25 cl/m com e Sat. O₂=87% ▪ Depois: 18 cl/m com TA=145/78 mmHg e FC= 66b/m e Sat. O₂=94% ▪ Respiração mista, abdominal, regular e semi-profunda. ▪ Doente bem oxigenada e

	<p>dispersos;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Índice de Barthel com 45 pontos; ▪ Avaliada a força muscular dos MI recorrendo à escala de Lower, apresentou grau 3. 		<p>mobilizações passivas-assistidas de todos os segmentos articulares;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ensino da terapêutica de posição, com mais ênfase no decúbito dorsal e decúbito lateral esquerdo. 	<p>hemodinamicamente estável;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliada a força muscular dos MI recorrendo à escala de Lower, apresentou grau 4; ▪ Doente muito colaborante e recetiva aos ensinamentos prestados.
--	---	--	--	--

Diagnóstico de Enfermagem	Avaliação	Objetivos	Intervenções	Resultados
<p>06/10</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Alteração da função motora, relacionada com cansaço fácil; ▪ Dificuldade na mobilização manifestada por diminuição da força muscular nos membros inferiores 	<p>06/10</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Exame físico/Observação; ▪ Observação e avaliação dos parâmetros vitais: <ul style="list-style-type: none"> ▪ TA= 132/79 mmHg ▪ FC= 83b/m ▪ FR= 29cl/m ▪ Sat. O₂ = 96% ▪ Temp ax= 36°C; ▪ Padrão respiratório misto e de média amplitude, polipneica, com O₂ a 3l/m; ▪ Com acessos de tosse esporádicos; ▪ Auscultação pulmonar com murmúrio vesicular mantido em todos os campos pulmonares com diminuição na língula e bases pulmonares. Com ruídos adventícios (crepitações finas) no 	<p>06/10</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Manter a prevenção dos defeitos ventilatório para melhorar a distribuição e a ventilação alveolar; ▪ Manter a função ventilatória adequada; ▪ Aumentar a tolerância ao exercício; ▪ Melhorar a força muscular e a mobilidade articular. 	<p>06/10</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Informação ao doente dos procedimentos a realizar assim como os seus objetivos e pedir a sua colaboração; ▪ Proporcionar ambiente calmo, colocando o doente em posição de descanso e relaxamento; ▪ Ensinar a consciencialização e dissociação dos tempos respiratórios; ▪ Ensinar e realizar respiração abdomino-diafragmática, com tonificação; ▪ Exercícios de abertura costal global com bastão; ▪ Executadas vibrocompressões, abertura costal seletiva e reeducação costal inferior (direita e esquerda); 	<p>06/10</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ A doente colabora nos ensinos realizados; ▪ Auscultação pulmonar melhorada, apresenta murmúrio vesicular mantido em todos os campos pulmonares com ligeiros ruídos adventícios; ▪ Parâmetros vitais: <ul style="list-style-type: none"> ▪ TA= 109/57 mmHg ▪ FC= 76b/m ▪ FR= 14cl/m ▪ Sat. O₂ = 98% Verifica-se um aumento da saturação de O₂ periférica. Respiração semi-profunda mista e semi-

	<p>lobo inferior direito;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliada a força muscular dos MI recorrendo à escala de Lower, apresentou grau 4. 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Efetuada reeducação funcional motora, sendo executadas mobilizações passivas-assistidas de todos os segmentos articulares; ▪ Efetuada transferência da doente, da cama para o cadeirão. 	<p>profunda.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliada a força muscular dos MI recorrendo à escala de Lower, apresentou grau 5; ▪ Índice de Barthel - 70 pontos; ▪ A doente fez levante para o cadeirão com bastante colaboração.
--	---	--	--	--

A definição de planos permite prestar cuidados de enfermagem de reabilitação de uma forma fundamentada. Há semelhança de outros, o plano baseou-se em pressupostos teórico-práticos relacionados com estudos prévios realizados em enfermagem de reabilitação. Na execução do plano realizou colheitas de dados de modo a conhecer/compreender a história clínica, psicossocial, familiar e os fatores de risco; efetuou aos doentes um exame físico e inspeção dinâmica (analisando os movimentos respiratórios, suas características e alterações); observou exames complementares de diagnóstico (Rx, Gasometria); registou dados obtidos; formulou objetivos para a doente em causa; definiu o programa de reabilitação adequado à doente a quem prestou cuidados de reabilitação e por último avaliou os resultados.

A competência de programar um plano de intervenção perante determinados casos específicos é fundamental, uma vez que, para se instituir qualquer programa de Reeducação Funcional Respiratória é necessário fazer uma avaliação criteriosa do doente e identificar os seus problemas. Segundo Olazabal (2003) um programa de Reabilitação deve ser individualizado, sendo vários os fatores a considerar na escolha das técnicas que irão fazer parte desse programa. Um programa de Reabilitação deve ir de encontro das necessidades específicas de cada doente, sendo da responsabilidade de quem presta cuidados definir essas necessidades.

Executou técnicas de consciencialização da respiração e controlo respiratório através da respiração diafragmática, dissociação dos tempos respiratórios e expiração com lábios semicerrados.

Fez ensinamentos sobre técnicas de relaxamento e sobre posicionamentos, colocando o diafragma numa posição de vantagem mecânica, que facilita o relaxamento dos músculos acessórios. Este tipo de ensino foi realizado, não apenas com a doente, mas também com a sua família, para que em situação de crise conseguissem controlar melhor a situação.

A utilização de técnicas que promovem o relaxamento é fundamental pois segundo Abreu (2003: 1820), “As técnicas de relaxamento no contexto das disfunções respiratórias, podem contribuir para a diminuição da frequência respiratória e aumento do volume corrente, melhoria das trocas gasosas, diminuição do trabalho respiratório e da dispneia, redução da ansiedade, controlo do pânico e medo.”

Prestou cuidados de reabilitação nunca esquecendo a correta avaliação.

Definiu treinos específicos para a situação, executando de exercícios de tonificação diafragmática e tonificação dos músculos respiratórios responsáveis pela mobilidade costal, promovendo o treino e o fortalecimento dos músculos respiratórios.

Segundo Abreu (2003: 1819) “A bomba ventilatória é responsável por manter um nível adequado de ventilação alveolar, desempenhando os músculos respiratórios a este nível um

papel primordial”. Abreu (2003) refere ainda que a incapacidade dos músculos inspiratórios produzirem uma força adequada, pode conduzir à falência da bomba ventilatória e, consequentemente, a hipoventilação e insuficiência respiratória global. É então muito importante o fortalecimento muscular.

Aplicou técnicas com o objetivo de melhorar a mobilidade torácica. Utilizou técnicas de mobilização articular, efetuando abertura costal seletiva, global, e com bastão.

Apesar de realizar principalmente mobilização articular passiva, sempre que foi possível realizou ensino sobre mobilização ativa, tendo a doente demonstrado muito interesse e colaboração. Abreu (2003: 1817) refere que “A *compliance* torácica depende em grande parte da mobilidade das várias articulações entre os ossos e cartilagens que constituem o tórax. A hipomobilidade ou anquilose destas articulações leva inevitavelmente a diminuição de volumes e capacidades, podendo-se traduzir numa síndrome ventilatória restritiva e compromisso da capacidade funcional.”

Segundo o mesmo autor, as técnicas de mobilização torácica têm como objetivo melhorar a mobilidade torácica, diminuir o trabalho respiratório, restituir ao diafragma e músculos acessórios uma posição mecanicamente mais vantajosa e uma morfologia mais adaptada à sua função. Estas técnicas podem também contribuir para a desobstrução das vias aéreas inferiores, melhoria da ventilação regional, aumento dos volumes pulmonares e redução eliminação da dor torácica de origem articular.

Utilizou a técnica de treino contra resistência, onde aplicou pesos (mão, soro de 500cc, soro de 1000cc), sobre o abdómen e tórax da doente, para impor resistência à carga durante a inspiração.

Teve oportunidade de aplicar manobras de promoção de expansão pulmonar. Para tal utilizou e fez ensino sobre a respiração diafragmática, onde verificou que, na maioria das vezes, esta técnica promovia a subida significativa das saturações de O₂.

Machado (2008) refere que, os padrões respiratórios utilizados com fins terapêuticos melhoram a mecânica respiratória e a ventilação pulmonar, levando a uma melhoria das trocas gasosas e à redução da dispneia.

Durante o padrão diafragmático os doentes são orientados para relaxar os músculos acessórios da respiração e utilizar o diafragma. O doente pode estar sentado, em semi-Fowler, em decúbito lateral ou sentado com flexão do tronco.

As mãos do enfermeiro/doente devem estar colocadas, uma sobre o tórax e a outra sob o abdómen e o alongamento do diafragma deve ser feito no final de expiração, na região abdominal. O doente é ensinado a observar o abaulamento anterior do abdómen e a redução da movimentação do tórax.

Deve-se pedir que a inspiração se faça pelo nariz de forma lenta e profunda e a expiração pela boca, podendo ou não estar associada à resistência labial. O doente pode inspirar em pequenos volumes, permitindo uma maior aprendizagem de técnica.

Realizou ensino, sobre a expiração com lábios semicerrados.

Posicionou a doente no leito sobre o lado sã, para promover a expansão pulmonar no lado afetado, ficando este pulmão para cima, técnica aconselhada em patologias como o Derrame Pleural, Pneumonias e Atelectasias.

Executou exercícios de ventilação dirigida para o pulmão afetado, validando a eficácia desta técnica através da observação de Rx após a execução de manobras de desobstrução pulmonar e de ventilação dirigida.

As técnicas de expansão pulmonar são muito benéficas pois podem aplicar-se em vários processos patológicos. Os objetivos destas técnicas traduzem-se no aumento do volume pulmonar e a consequente otimização da ventilação e das trocas gasosas, aumentando a ventilação alveolar, evitando a hipoventilação.

Avaliou através da auscultação pulmonar a existência de secreções, que se manifestam através de roncos. A auscultação pulmonar permite identificar ruídos adventícios que indicam o segmento pulmonar a ser trabalhado.

Executou vibrocompressões, drenagem postural modificada, técnica de expiração forçada, praticando o ciclo ativo das técnicas de respiração. Fez ainda o ensino da tosse, executando também a tosse assistida.

Após execução de técnicas de desobstrução pulmonar, verificou uma auscultação pulmonar com murmúrio vesicular mantido, sem ruídos adventícios.

As técnicas de limpeza das vias aéreas estão indicadas em todos os doentes que apresentam diminuição dos mecanismos de defesa da árvore respiratória. Segundo Olazabal (2003:1807) “Um dos principais objetivos da RFR é assegurar a permeabilidade das vias aéreas baseando-se os métodos que facilitam a eliminação das secreções brônquicas no movimento.”

Prestou cuidados de RFR, quando a doente estava submetida a ventilação não invasiva.

Teve sempre em atenção as contraindicações da RFR, interpretando sinais que poderiam indiciar agravamento da situação clínica e/ou ineficiência dos cuidados de enfermagem de reabilitação, de forma a agir em conformidade para evitar possíveis complicações.

Segundo Bott (2000), citado por Sequeira (2009), a reabilitação respiratória faz parte dos cuidados em qualquer fase, ou seja, é importante numa fase precoce, após o diagnóstico, numa fase de agudização ou exacerbação da doença, na fase estável da doença crónica, ou numa fase terminal. O mesmo autor refere ainda que a intervenção da

reabilitação nas Unidades de Cuidados Intensivos, tem vindo a ser cada vez mais solicitada, tanto no que se refere à reabilitação funcional respiratória, quanto à reabilitação funcional motora.

A estimulação dos doentes de um serviço de cuidados intensivos para o autocuidado nas Atividades de Vida Diária é considerada relevante. Na situação considerada, incentivou a doente nas AVD de forma a promover a mobilidade e a diminuir o grau de dependência.

Realizou atividades que envolviam os membros superiores, permitindo uma maior amplitude de movimento e expansão torácica, com abertura da grelha costal, através do incentivo da doente a pentear o cabelo, comer, ...

Abreu (2003: 1820) menciona que “O treino das atividades de vida diária deve ser parte integrante do programa de reabilitação respiratória...”. É importante não esquecer que o tipo e o nível das atividades de vida realizadas pelo doente podem ser condicionados pela motivação e fatores emocionais implicando outro tipo de abordagem.

As estratégias de treino das atividades de vida diária devem incluir os princípios de conservação de energia e simplificação do trabalho, como seja a redução dos tempos de apneia durante a atividade, otimização da mecânica corporal, planeamento prévio, priorização das atividades e o uso de ajudas técnicas.

Consoante a situação clínica, pode-se por em prática uma infinidade de técnicas, tendo como base os conhecimentos teórico-práticos apresentados por vários os autores: Heitor (1988) em *Reeducação Funcional Respiratória*, Urden, Stacy & Lough (2008) em *Thelan's Enfermagem de Cuidados Intensivos – Diagnóstico e Intervenção*, e Machado (2008) em *Bases da Fisioterapia Respiratória – Terapia Intensiva e Reabilitação*.

A **respiração com os lábios semicerrados** tem como objetivo manter o calibre das vias aéreas que colapsam durante a expiração e ajuda a reduzir a retenção de ar. A frequência respiratória diminui, o volume corrente aumenta, a pCO_2 diminui e a pO_2 e a saturação de O_2 aumentam. Consiste na inspiração com a boca fechada, pelo nariz e expiração calmamente, com os lábios semicerrados e com o dobro do tempo da inspiração.

Na **tosse dirigida** existe um ato voluntário de expulsão de ar dos pulmões que pode ser ensinado ao doente, não necessitando de uma assistência direta do enfermeiro, nem de nenhuma estimulação ou reflexo. Esta técnica é utilizada quando o doente é colaborante e participativo. O doente deve estar preferencialmente sentado ou semi-sentado, uma vez que assim se consegue um maior volume pulmonar e uma menor pressão abdominal. O doente deve depois ser solicitado a fazer uma inspiração profunda seguida de tosse voluntária.

A **técnica da expiração forçada** consiste na combinação de um ou dois esforços (huffs) expiratórios, com a glote aberta, partindo de um volume pulmonar médio e chegando a baixos volumes pulmonares, seguidos por um período de relaxamento com respiração preferencialmente diafragmática. Esta técnica permite auxiliar a remoção de secreções

brônquicas e minimizar a compressão dinâmica e o colapso das vias aéreas, decorrentes da expulsão brusca e forçada do ar. Um *huff* de médio para baixo volume pulmonar promove a eliminação de secreções localizadas em regiões mais distais, enquanto o *huff* de volume maior mobiliza as secreções situadas nas vias aéreas mais próximas da traqueia.

O **ciclo ativo da respiração** combina a expiração forçada com exercícios de expansão torácica e controlo da respiração, o que reduz o risco de obstrução do fluxo aéreo que pode ocorrer na utilização da expiração forçada isolada. É uma técnica efetiva na remoção de secreções e evita o broncospasmo, na medida em que a respiração é controlada e utiliza-se a respiração diagramática com volumes correntes.

A fase da expansão torácica alterna inspirações profundas com expirações controladas, promovendo o deslocamento das secreções, otimizando a ventilação, impedindo a dessaturação e garantido o volume de ar necessário para que a técnica de expiração forçada ocorra com a menos obstrução de fluxo aéreo possível.

Durante a sua execução o doente pode estar sentado ou em decúbito e deve existir a seguinte sequência:

- 1) Relaxamento e controlo da respiração;
- 2) Três a quatro exercícios de expansão torácica;
- 3) Relaxamento e controlo respiratório;
- 4) Repetir três a quatro exercícios de expansão torácica;
- 5) Repetir o controlo da respiração e relaxamento;
- 6) Executar uma ou duas técnicas de expiração forçada;
- 7) Terminar com o controlo de respiração e relaxamento.

O controlo diafragmático e o relaxamento permitem ao doente descontrair e descansar entre as técnicas, reduzindo o trabalho ventilatório. As manobras de expansão permitem “abrir” as vias aéreas colapsadas, através da ventilação colateral, e evitar o broncospasmo após a realização do *huffing*.

A **percussão** e a **vibração** são técnicas que possibilitam a remoção de secreções das vias aéreas pela transmissão de uma onda de energia através da parede torácica.

A percussão pode ser utilizada manualmente, percutindo a parede torácica sobre a área afetada do pulmão. A vibração pode ser aplicada manualmente vibrando, abanando ou comprimindo a caixa torácica durante a expiração. No entanto, poucos estudos comprovam a sua eficácia em doentes críticos.

O **Cough Assist** utiliza-se como técnica não invasiva de remoção de secreções da árvore brônquica. Simula o reflexo da tosse através da aplicação de uma pressão positiva nas vias aéreas e da variação rápida para uma pressão negativa, imitando o mecanismo da tosse, esta técnica é conhecida como “insuflação-exsuflação mecânica”. A insuflação promove o incremento da capacidade inspiratória e a exsuflação aumenta os fluxos

expiratórios e aumenta o pico de fluxo de tosse. O *cough* assist diminui o risco de complicações respiratórias.

As **técnicas de expansão pulmonar** são orientadas pelo enfermeiro de reabilitação, que incluem manobras manuais e a utilização de instrumentos específicos. Têm como objetivo aumentar a ventilação alveolar, evitando a hipoventilação e reduzir o trabalho respiratório, sendo indicadas nos pós-operatórios de cirurgias torácicas, cardíacas e abdominais.

A **inspiração profunda** tem como principal objetivo aumentar o volume pulmonar e estimular a produção de surfactante. É uma técnica simples de realizar, consiste em incursões ventilatórias profundas que podem ser acompanhadas de exercícios musculares dos Membros Superiores [MS], durante a inspiração e expiração, ou seja, movimentos de flexão/extensão e abdução/adução. Os Membros Inferiores durante a inspiração devem realizar movimentos de extensão, e durante a expiração, uma flexão coxofemoral e do joelho, com a finalidade de facilitar a mecânica diafragmática. Esta manobra pode ser feita com o doente sentado, deitado e em posição ortostática.

Em doentes submetidos a ventilação mecânica, pode ser simulada uma inspiração profunda tendo como opção o suspiro e a pausa inspiratória. Esta manobra além de aumentar o volume pulmonar e aumentar a produção de surfactante, reduz a resistência das vias aéreas, facilita as trocas gasosas e aumenta a saturação de O₂.

4 - ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2010),

“a reabilitação, enquanto especialidade multidisciplinar, compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que permite ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência. Os seus objetivos gerais são melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa e, deste modo, preservar a autoestima.

O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas. O nível elevado de conhecimentos e experiência acrescida permitem-lhe tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação maximizando o potencial da pessoa.

A sua intervenção visa promover o diagnóstico precoce e ações preventivas de enfermagem de reabilitação, de forma a assegurar a manutenção das capacidades funcionais dos clientes, prevenir complicações e evitar incapacidades, assim como proporcionar intervenções terapêuticas que permitam melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas atividades de vida, e minimizar o impacto das incapacidades instaladas (quer por doença ou acidente) nomeadamente, ao nível das funções neurológica, respiratória, cardíaca, ortopédica e outras deficiências e incapacidades. Para tal, utiliza técnicas específicas de reabilitação e intervém na educação dos clientes e pessoas significativas, no planeamento da alta, na continuidade dos cuidados e na reintegração das pessoas na família e na comunidade, proporcionando-lhes assim, o direito à dignidade e à qualidade de vida.”

O perfil de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, refere que o enfermeiro, cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania; maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

Saliente-se que a formação dos enfermeiros especialistas assume um papel importante em relação à evolução dos cuidados de enfermagem, no sentido em que é geradora de condutas, de comportamentos e de atitudes (Gomes, 2005).

Durante o Estágio desenvolveu as competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros, visto que prestou cuidados de enfermagem de reabilitação de acordo com os descritivos das competências definidas. Identificou as necessidades de intervenção especializada no domínio da enfermagem de reabilitação em pessoas, que estão impossibilitadas de executar atividades básicas, de forma independente, em resultado da sua condição de saúde,

deficiência, limitação da atividade e restrição de participação, de natureza permanente ou temporária. Concebeu, implementou e avaliou planos e programas especializados tendo em vista a qualidade de vida, a reintegração e a participação na sociedade, conforme descrito no plano de cuidados apresentado. Analisou a problemática da deficiência, limitação da atividade e da restrição da participação na sociedade atual, tendo em vista o desenvolvimento e implementação de ações autónomas e ou pluridisciplinares de acordo com o enquadramento social, político e económico que visem a uma consciência social inclusiva. Interagiu com a pessoa no sentido de desenvolver atividades que permitam maximizar as suas capacidades funcionais e assim permitir um melhor desempenho motor e respiratório, potenciando o rendimento e o desenvolvimento pessoal.

A autoavaliação é um processo que visa promover as aprendizagens, ela deve ser permanente e contínua permitindo analisar e corrigir práticas de forma a incrementar o desenvolvimento das competências pretendidas, não se trata de uma meta a atingir, mas de um processo que permite a evolução pessoal e profissional do indivíduo.

Ao analisar e refletir sobre o grau de consecução dos objetivos que se propôs no início do estágio acredita ter atingido na plenitude as metas pretendidas. A autoavaliação foi contínua, sendo uma ferramenta essencial para o seu progresso visto que as avaliações diárias obrigaram a uma reflexão sobre a prática analisando as falhas quando o procedimento não era o mais correto, e aumentando a autoestima quando os resultados atingiam os objetivos pretendidos. A equipa de enfermagem do serviço demonstrou espírito de colaboração, testemunhado através de comentários realizados e interesse demonstrado.

Este relatório final que será objeto de avaliação, também é um ótimo documento para avaliação do grau de consecução dos objetivos da atividade realizada no Estágio.

5 - CONCLUSÃO

O presente relatório, que se baseou na descrição e reflexão do estágio realizado na UCIDEM do HDJMG, relata um conjunto de intervenções, devidamente fundamentadas cientificamente, que pretendiam responder às necessidades dos doentes internados na UCI, otimizando a gestão desta unidade de saúde. Segundo a revisão bibliográfica apresentada, o conteúdo funcional da enfermagem de reabilitação em geral e as suas intervenções em particular contribuem, conjuntamente com os outros cuidados de enfermagem para o incremento da autonomia dos utentes internados nas UCI.

As intervenções definidas de acordo com o diagnóstico de enfermagem, que tiveram como base a avaliação do doente, recorrendo não apenas à observação, mas também à análise de resultados obtidos através de métodos complementares de diagnóstico e utilizando escalas, como por exemplo o Índice de Barthel, permitiram definir planos de cuidados. A estratégia de intervenção na área da enfermagem de reabilitação procura potencializar a recuperação do doente crítico, contribuindo para:

- Trazer ganhos em saúde aos doentes/família internados no serviço.
- Preservar e/ou restabelecer a funcionalidade do doente de forma a promover o autocuidado, autonomia e qualidade de vida;
- Prevenir complicações durante o internamento e após a alta;
- Reduzir o tempo de internamento na UCI;
- Diminuir custos.

A análise dos resultados obtidos, não apenas no estudo do caso descrito no presente relatório, mas também em doentes sujeitos a intervenções de enfermagem de reabilitação internados na UCIDEM, quer no período temporal do estágio, quer em períodos anteriores, validam as mesmas intervenções. Os ganhos em saúde, avaliados através do grau de funcionalidade, da mobilidade, da qualidade de vida, aumentam significativamente após as intervenções de enfermagem de reabilitação, conforme é demonstrado pela análise dos parâmetros vitais e também pelos valores obtidos nas várias escalas de avaliação. Este padrão de resultados, permite inferir que a autonomia aumenta, que diminuem as complicações pós-internamento, que se reduz o período de internamento e, por inerência os custos associados ao mesmo.

A reabilitação em geral, e reabilitação respiratória em particular, tem um papel positivo essencial quer na doença, quer nas repercussões sistémicas. A reabilitação respiratória

assenta no treino de exercício, educação, suporte nutricional e apoio psicossocial, havendo evidência científica da sua eficácia.

Segundo o relatório do Observatório Nacional das Doenças Respiratórias de 2011

“em Portugal o número de Centros de Reabilitação é escasso e tratam um número reduzido de doentes, impondo-se uma rápida inversão desta situação. Deve ser tomada em consideração que, nos insuficientes respiratórios crónicos a continuidade de cuidados incluindo os domiciliários, permite redução acentuada dos custos diários com estes doentes, que serão pelo menos 10 vezes inferiores aos dum doente internado em enfermaria e 100 vezes ao dum doente em Unidade de Cuidados Intensivos. De entre os insuficientes respiratórios ventilados em UCI há um grupo ao qual urge dar resposta adequada. Entre 2004 e 2008 estiveram internados em UCIs 6.246 doentes que necessitaram de internamentos superiores a 30 dias. Desses 72,9% foram-no por doença respiratória crónica. O preço de cada doente ventilado ronda os 14.000 euros (10 vezes o dum internamento por DPOC).”(Araújo, 2011)

Considera então essencial o papel desempenhado pelo enfermeiro de reabilitação, cuja competência provém da experiência e da formação mas também das qualidades pessoais de cada um e das condições de trabalho. Assim sendo, o crescimento das competências apenas se torna possível, se resultar da motivação para um determinado projeto que com sentido intrínseco e com o qual o indivíduo se identifique.

A presença de um enfermeiro especialista em reabilitação é uma mais-valia para qualquer serviço, e em particular numa Unidade de Cuidados Intensivos, devido à vasta área a que se pode e consegue dar resposta, contribuindo significativamente para uma maior eficácia na gestão de Unidades de Saúde.

Ao analisar e refletir sobre o grau de consecução dos objetivos que se propôs no início do estágio acredita ter atingido na plenitude as metas pretendidas. A autoavaliação contínua e as opiniões dos colegas que a acompanharam permanente e diariamente, tratou-se de uma ferramenta essencial para o seu progresso visto que as avaliações diárias a obrigaram a refletir sobre a sua prática, analisando as falhas quando o procedimento não era o mais correto, e aumentando a autoestima quando a atuação era a adequada e quando se atingiam os resultados pretendidos.

Para finalizar, gostaria de deixar uma palavra de profunda gratidão, aos Professores Doutores, Adriano Pedro, que demonstrou total disponibilidade, paciência e empenho durante a orientação deste trabalho final, e Raúl Cordeiro, pelo acompanhamento durante o período de estágio.

Este trabalho só foi possível devido à colaboração e amizade de toda a equipa de enfermagem da Unidade de Cuidados Intensivos Dr. Emílio Moreira, demonstrada pela imediata aceitação do projeto pelo enfermeiro chefe Graciano Compadrinho e pela entreaajuda constante existente entre todos os elementos da equipa.

6 - BIBLIOGRAFIA

- Adam, E. (1994). *Ser Enfermeira*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Abreu, P. (2003). *Fisioterapia Respiratória*. Tratado de Pneumologia. Lisboa: SPP.
- Abreu, W. (2001). *Identidade, Formação e Trabalho: das Culturas Locais às Estratégias Identitárias dos Enfermeiros*. Coimbra: Formasau.
- Araújo, A. (2011). *Relatório do Observatório Nacional de Doenças Respiratórias 2011*. Fundação Portuguesa do Pulmão.
- Barata, F. (2012). *Indicadores e Ganhos em Saúde: Grau de Dependência dos Utentes, desde a Admissão até à Alta de uma Unidade de Cuidados Continuados de Longa Duração*. Relatório de Estágio para obtenção do grau de Mestre em Cuidados Continuados. Bragança: Instituto Politécnico de Bragança.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito. Excelência na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto.
- Bolander, V. (1998). *Enfermagem Fundamental*. Lisboa: Lusodidacta.
- Brunner, L., & Suddarth, D. (1998) *Tratado de enfermagem médico-cirúrgica*. 8.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Collière, M. (2003). *Cuidar, A primeira Arte da Vida*. Loures: Lusociência.
- Cordeiro, M., & Menoita, E. (2012). *Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória: Conceitos, Princípios e Técnicas*. Loures: Lusociência.
- Delplanque, D. & Antonello, M. (1997). *Fisioterapia y Reanimación Respiratória: Desde la reanimación hasta el regreso al domicilio*. Barcelona: Masson, S.A.
- Dennerley, M. (1991). Características da Enfermagem da UCI. *Revista Nursing* 41 – 43. Lisboa.
- Diniz, C., et al. (2007). Representações Sociais do Enfermeiro. *Enfermagem*, n.º 47-48. Amora-Seixal.
- Elkin, M., Perry, A. & Potter, P. (2005). *Intervenções de Enfermagem e Procedimentos Clínicos*. Loures: Lusociência.

- Esmond, G. (2005). *Enfermagem das Doenças Respiratórias*. Loures: Lusociência.
- Fabião, A., et al. (2005) Formação: Contributo para a Qualidade. *Servir*, 53, nº5. Lisboa: Associação Católica de Enfermeiros Profissionais de Saúde.
- Faro, A. (2006). Enfermagem em Reabilitação: Ampliando os horizontes, legitimando o saber. *Revista Escola de Enfermagem USP*.
- Fernandes, I. (2007). *Factores Influenciadores da Percepção dos Comportamentos do Cuidar do Enfermeiros*. Coimbra: Formasau.
- Gomes, A. (1988). Enfermagem na Unidade de Terapia intensiva. São Paulo: Ed. Pedagógica e Universitária, Lda.
- Gomes, B. (2005). *Contributos da Formação para o Desenvolvimento de Competências na Área de Enfermagem de Reabilitação*. Contexto Enfermagem.
- Gomes, B. & Mendes, M. (2008). A Interface entre a Qualidade em Saúde e a Satisfação do Utente: artigo de revisão bibliográfica. *Servir*, 56. Lisboa: Associação Católica de Enfermeiros Profissionais de Saúde.
- Heitor, M., Tapadinhas, M., Ferreira, J., Olazabal, M., & Maia, M. (1988). *Reeducação Funcional Respiratória*. Faculdade de Medicina de Lisboa. Lisboa: Boeringer Ingelheim.
- Henderson, V. (2007). *Princípios básicos dos cuidados de enfermagem do CIE*. Loures: Lusodidacta.
- Herbert, R. (1993). Preventing and treating stiff joints: Key issues in musculoskeletal physiotherapy. Crosbie J. Oxford: McConnell J. editors.
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital: Enquadrar os Cuidados de Enfermagem numa Perspectiva de Cuidar*. Loures: Lusociência.
- Hesben, W. (2001). *A reabilitação, criar novos caminhos*. Loures: Lusociência.
- Hoeman, S. (2000). *Enfermagem de Reabilitação: Aplicação e Processo*. Lisboa: Lusociência.
- Kisner C., & Colby, L., (2005). *Exercícios Terapêuticos: fundamentos e técnicas*. São Paulo: Editora Manole.
- Laranjeira, H. (2010). O Enfermeiro de Reabilitação na Unidade de Cuidados. *Revista Portuguesa de Enfermagem* 49-53.

- Machado, M. G. (2008). *Bases da Fisioterapia Respiratória: Terapia Intensiva e Reabilitação*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A.
- Madureira, I., et al. (2007). Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais – Análise do Sub-domínio “Prática Segundo a Ética” de Acordo com o Modelo de Aquisição de Competências de Patricia Benner. *Revista Sinais Vitais*. Coimbra: Formasau.
- Marrucho, A., et al. (2001). A Comunicação: veículo da relação enfermeiro/doente com prótese ventilatória. *Pensar Enfermagem*.
- Mendes, J. (2006). A relação de Ajuda. Um Instrumento no Processo de Cuidados de Enfermagem. *Informar*, nº 36, Janeiro-Junho.
- Morais, F., & Conceição, V. (2009). Avaliação da Pessoa com Alterações Músculo-Esqueléticas. *Enfermagem em Ortopneumologia*. Coimbra: Formasau.
- Norrenberg, M. (1995). *Oxygen consumption can increase during passive leg mobilization*. Intensive Care Med.
- Olazabal, M. (2003). *Métodos de Limpeza das Vias Aéreas. Tratado de Pneumologia*. Lisboa: SPP.
- Ordem dos Enfermeiros (1998). Decreto-Lei n. 104/98 de 21 de Abril. Diário da República, 1.^a Série, 1739-1757. Acedido a 23 de Janeiro de 2015, em http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=1845&tabela=leis
- Ordem dos Enfermeiros (2002). *Padrões de Qualidade nos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual e Enunciados Descritivos*. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento das Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros.
- Paiva, A. (2006). *Sistemas de Informação em Enfermagem: Uma Teoria Explicativa da Mudança*. Coimbra: Formasau.
- Pereira, I. (2006). *Enfermagem: Arte e Ciência de Cuidar. Servir*, nº 2 (vol. 54). Lisboa: Associação Católica de Enfermeiros Profissionais de Saúde.

- Presto, B., & Damázio, L. (2009). *Fisioterapia Respiratória*. Rio de Janeiro: Elsevier Editora Lda.
- Regulamento nº 125/2011 de 18 de fevereiro (2011). *Diário da República nº 35/2011 – II Série*. Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.
- Sarmiento, G. (2005). *Fisioterapia Respiratória no Paciente Crítico: Rotinas Clínicas*. São Paulo.
- Scanlan, C., Wilkins, R., & Stoller, J. (2000). *Fundamentos da terapia respiratória de Egan*. 7ª Ed. São Paulo: Manole.
- Schaffler, A., & Menche, N. (2004). *Medicina Interna e Cuidados de Enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Sequeira, M. (2009). Fisioterapia em Cuidados Intensivos. *EssFisiOnline* 54 -73.
- Sequeira, P. (2009). Educação para a Saúde à Família do doente com AVC. *Revista Investigação em Enfermagem*. Sinais Vitais, Coimbra. Nº20.
- Silva, A. (2007). Afinal, o que é a Enfermagem? É Profissão? Disciplina? Trabalho?. *Pensar Enfermagem nº 1 (vol.11)*. Lisboa.
- Silva, G. (1998). Pleural effusions: pathophysiology and diagnosis. *Medicina*. Ribeirão Preto.
- Silveira, R. (2004). Enfermeira ou tarefeira?. *Nursing*. Lisboa: Edirevistas.
- Thelan, L. et al. (1993). *Enfermagem em Cuidados Intensivos: Diagnóstico e Intervenção*. Loures: Lusodidacta.
- Urden, L., Stacy, K., & Lough, M. (2008). *Thelan's Enfermagem de Cuidados Intensivos Diagnóstico e Intervenção*, Camarate: Lusodidacta.
- Yura, H., Ozimek, D., & Walsh, M. (1976). *Nursing Leadership: Theory and Process*. New York: Appleton Century-Crofts, 1976

ANEXOS

Anexo I - Pedido de Autorização para Realização do Relatório de Estágio

Do SRE.F.P.D. 2014/10/29

Dorinda Calhe
Presidente do Conselho de Administração

Ex.^{mo} Senhor

Presidente do Conselho de Administração

da ULSNA, EPE

A Comissão de
Ética para os
Cuidados Intensivos
31/10/2014

António José Chaves Miranda
Enfermeiro Director

Célia de Jesus Castanho Pinheiro de Alcântara Romão, Enfermeira com número mecanográfico 1478, a desempenhar funções na Unidade de Cuidados Intensivos Dr. Emílio Moreira, vem por este meio solicitar a V. Ex.a, autorização para a realização do relatório de estágio, integrado no 3º curso de Mestrado em Enfermagem em Gestão de Unidades de Saúde, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre, desenvolvido na Unidade de Cuidados Intensivos Dr. Emílio Moreira do Hospital Doutor José Maria Grande, em Portalegre, que decorreu entre Setembro de 2013 e de Janeiro de 2014. O documento pretende relatar o trabalho desenvolvido de forma organizada e sistemática na unidade curricular de Estágio/Relatório, de acordo com o plano do curso e cumprindo todas as regras éticas e deontológicas que a profissão a obriga.

Autorizado
20/11/2014

António José Chaves Miranda
Enfermeiro Director

Com os melhores cumprimentos,

Portalegre, 22 de Outubro de 2014

À Sr. D.ª Directora
por se tratar de Ant.ª Miranda
de matéria do SF, os ass.
concret. o estágio deverá ser avaliado
por aquele serviço.

2014. 11. 17

MARIA LUÍZA LOPES
Responsável do Serviço
Jurídico e Contencioso

UNIDADE DE SAÚDE DO
NORTE-ALENTEJANO E.P.E.
SECRETARIA
Entrada Nº 201403653
Data 28/10/2014
Remido

CES
47
11/11/2014